FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 **THÈSE** N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

du Pronostic éloigné de

l'Opération Césarienne Conservatrice Classique

PAR

GEORGES-JOSEPH-PIERRE MORAND

Né à Lannion, le 5 Juin 1888

Président : M. BAR, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZAR	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RETTERER
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LŒPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CLAUDE.	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECÈNE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE

DE RENNES

A Messieurs les Docteurs BODIN et VÉRON

dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Introduction

Il y a maintenant trente ans, c'était en 1882, que presque simultanément Saënger, de Leipzig, et Kehrer, d'Heildelberg, posèrent le principe de la suture de l'utérus césarotomisé. Ce fut une date dans l'histoire de l'obstétrique ; à vrai dire, déjà, en 1769, Lebas avait placé des sutures sur l'utérus ; il ne trouva guère d'imitateurs et fut même blâmé par ses contemporains et nombre de ses successeurs. Peut-être, avant Saënger, un accoucheur italien du nom de Martino aurait signalé dans une monographie la nécessité d'une hystéroraphie parfaite. Quoiqu'il en soit, on peut dire que c'est le 25 mai 1882 que Léopold, appliquant les doctrines de Saënger, pratiqua une césarienne conservatrice avec un plein succès.

Et depuis ce jour, la fréquence des opérations de Porro diminua. On comprit que la césarienne classique n'était plus, comme l'avait dit John Hunter, l'opprobre de la chirurgie, ni, suivant l'expression de Pajot, une inspiration de sauvetage qui coupe l'arbre pour avoir le fruit, mais qu'au contraire, l'opération césarienne s'était acquis le merveilleux privilège d'être bienfaisante autant à l'enfant qui,

jadis, ne naissait pas toujours vivant, qu'à la mère qui, dans presque tous les cas, succombait à l'acte opératoire.

Mais la suture n'était pas tout ; on avait déjà, à cette époque, enregistré les bienfaits des données nouvelles que Pasteur et Lister venaient d'introduire dans la chirurgie, et Berlin, en 1890, dans sa remarquable étude sur l'historique de l'opération césarienne, leur attribuait avec reconnaissance tous les succès qu'on enregistrait déjà.

Après l'antisepsie vint l'asepsie qui, suivant la très juste remarque du professeur Terrier, n'est qu'une antisepsie atténuée. Entre temps, la technique se modifiait ; on apportait des transformations heureuses à la méthode de Saënger dont, il faut bien le dire, il ne reste plus aujourd'hui grand chose ; on voulait faire de la césarienne une opération réellement conservatrice et il était question déjà, non plus seulement du pronostic immédiat, que des observations, chaque jour plus nombreuses, montraient être excellent, mais encore du pronostic éloigné, de l'avenir des grossesses futures.

Voyons un peu, en suivant les statistiques, comment allèrent en s'améliorant les résultats immédiats et éloignés.

En 1889, Caruso publie une statistique ; c'est, il nous semble, la plus ancienne en date. Elle porte sur 200 opérations faites depuis 1882. 50 femmes ont succombé ; mortalité : 25 %. Pour les enfants, 184 sont nés vivants ; mortalité : 8 %. Cette statistique

présentait un autre intérêt au point de vue du pronostic éloigné que nous voulons surtout envisager. Caruso put suivre le sort ultérieur de 80 des enfants ; 56 étaient vivants et bien portants à l'âge de cinq ans, ce qui montre bien combien étaient exagérées les craintes émises sur le développement et la santé des petits césariens.

En 1895, Démelin publie une statistique de 167 opérations conservatrices pratiquées depuis 1887. La mortalité maternelle n'est plus que de 20 %. En 1900, Braün d'un côté, le professeur Bar de l'autre, rassemblent les statistiques les plus récentes et arrivent à une mortalité maternelle variant entre 6,6 % et 4,8 % ; à une mortalité fœtale variant entre 5,59 (Bar) et 5,58 (Braün). Aujourd'hui, le nombre des opérations césariennes effectuées est considérable. La mortalité maternelle oscille entre 4 et 5 % et la mortalité fœtale enre 4 1/2 et 5 %.

Mais arrivons au fait qui nous intéresse plus particulièrement : celui des opérations répétées.

En 1900 avait déjà paru la statistique de Caruso, qui portait sur 9 femmes ayant été opérées deux fois et sur 3 femmes l'ayant été trois fois. Ces 12 femmes donc, à elles seules, avaient subi 27 opérations césariennes ; toutes ont guéri ; un enfant a succombé.

Bar, dans sa statistique de 1900, distingue 26 femmes, dont 19 ont été opérées deux fois, 6 trois fois, 1 quatre fois, sans un décès.

Abel a publié l'histoire de 15 femmes opérées à

Leipzig par lui et dont 11 ont subi la section césarienne deux fois, et 4 trois fois ; toutes ont survécu.

Wallace, en 1902, réunissait 96 cas d'opérations répétées et ce nombre alla chaque jour s'augmentant. D'après M. Singer, de 1882 à 1909, 384 césariennes itératives sur 374 femmes auraient été pratiquées. Nous avons publié à la fin du chapitre suivant quelques statistiques récentes.

On le voit, les résultats étaient des plus encourageants et l'on conçoit fort bien que nombre d'auteurs écrivent alors : « La bénignité de l'opération césarienne répétée est attestée par les faits. » Mais à côté de nombreux cas très favorables, les observations d'accidents graves survenus du fait d'une nouvelle grossesse évoluant dans un utérus césarotomisé se faisaient aussi plus nombreuses et si Schauta, en 1895, n'hésitait pas à affirmer qu'après « l'hystéromie pratiquée exactement avec les règles de la technique moderne on ne doit plus avoir lieu de redouter la rupture de la cicatrice lors des accouchements ultérieurs », en 1906, M. Couvelaire en rapportait 9 cas, en 1908 M. Vasseur a pu en rassembler 11 cas, M. Brodhead de New-York 20 cas et M. Singer 27, en 1909, sans compter cinq cas simplement signalés sans observations à l'appui. Aujourd'hui le nombre de ces ruptures est bien dépassé.

Et cet accident grave n'était pas le seul à envisager — il y avait aussi les adhérences, jugées par tant d'auteurs accidents négligeables — ; on leur

reprochait pourtant des avortements, des crises douloureuses, des obstructions intestinales même. Lors d'une seconde opération elles pouvaient être, comme nous le verrons une complication grave si bien qu'il fallait parfois envisager la question de la stérilisation de la femme.

Nous voudrions dans cette modeste contribution signaler en nous basant sur les travaux les plus récents les dangers qui menacent la césarotomisée redevenant enceinte, dans quelle mesure on peut y remédier et enfin quelles particularités présentent parfois les césariennes itératives. Nous ferons suivre notre courte étude de quatre observations de césariennes itératives pratiquées à la Maternité de Rennes dans ces dernières années. Nous les devons à l'obligeance de M. le Professeur Véron, auquel nous adressons nos plus vifs remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Complications tardives de l'opération Césarienne Conservatrice

Il semble donc démontré maintenant que « la valeur fonctionnelle de l'utérus » soit parfaitement sauvegardée par l'opération cérasienne moderne, modifiée, comme nous aurons l'occasion de le dire, dans sa technique, et bénéficiant des avantages d'une parfaite asepsie.

En général, une nouvelle grossesse évoluant dans un utérus césarotomisé suivra son cours normal jusqu'à l'époque du terme où la nécessité d'une nouvelle intervention se fera en général sentir. Mais à cette règle il y a des exceptions tantôt heureuses, plus souvent malheureuses. Heureuses, car il y a des observations d'accouchements normaux chez d'anciennes césarotomisées (il s'agissait alors d'obstacles temporaires qui ne se sont pas représentés). Malheureuses, ce sont celles que nous allons étudier

dans ce chapitre. Mais nous répétons qu'elles ne sont point fatales, qu'elles sont au contraire l'exception et nous verrons aussi que, dans une certaine mesure, elles peuvent être évitées.

1. — L'ÉVENTRATION

L'éventration n'est pas, à proprement parler, un accident grave capable d'assombrir le pronostic d'une grossesse ultérieure ; ne la voyons-nous pas fréquemment chez de grandes multipares n'entraînant d'autres complications qu'une surveillance plus minutieuse de la présentation fœtale et le port d'une ceinture abdominale. Elles sont particulièrement fréquentes chez les femmes dont on n'a pas fait une suture complète de la paroi, et chez lesquelles on a laissé en place un drain abdominal. En effet, on observe parfois des éventrations ayant pour siège l'orifice même de ces drains et parfois l'extrémité des cicatrices abdominales où l'affrontement peut quelquefois présenter des difficultés. On a voulu rattacher à l'éventration les crises douloureuses que l'on observait chez certaines femmes laparotomisées. En réalité, comme nous le verrons plus loin, ce ne sont pas les éventrations, mais bien les adhérences qui sont douloureuses. Le port d'une ceinture ne fait généralement pas disparaître les douleurs ; mais celles-ci disparaissent, au contraire, lorsqu'on les détruit et qu'on refait une nouvelle et solide paroi.

2. — LES ADHÉRENCES

Comme nous le prouvent les quelques statistiques empruntées aux auteurs et que nous publions à la fin de ce chapitre, les adhérences de l'utérus avec les organes voisins, tels que épiploon, vessie, intestin, paroi abdominale, sont très fréquentes après une première opération césarienne. Nous pouvons donner un pourcentage de 70 % et les observations relatant l'absence complètes d'adhérences sont, nous le croyons, des plus rares.

Il convient de se demander à quelles causes on peut rattacher ces adhérences diverses. Nous diviserons ces causes, avec Singer (Thèse de Paris, 1909), en causes prédisposantes et causes déterminantes.

Pour ce qui est des causes prédisposantes, on peut, à l'exemple de von Lenwen, Charles, Brindeau, dire que ce sont toutes celles qui tendent à retenir l'utérus élevé pendant les suites de couches, c'est-à-dire le retrécissement pelvien maintenant l'utérus au-dessus du détroit supérieur, plus longtemps en contact avec la paroi abdominale que dans les conditions ordinaires, le repos forcé au lit après l'opération et même le pansement compressif. Les points de suture en tant que corps étrangers doivent fort probablement avoir une influence. Il en est de même des frottements dus au nettoyage de la plaie utérine. Le sang qui suinte presque toujours à ce niveau joue aussi un rôle. C'est ce qui explique que les adhérences siègent presque toujours au niveau des

sutures. Et enfin peut-être le massage de l'utérus pratiqué au cours de l'opération pour rétablir des contractions insuffisantes de l'utérus, mérite-t-il d'être incriminé.

A ces causes prédisposantes, nous pouvons ajouter, avec Couvelaire, l'usage du drain abdominal qui agit comme corps étranger en déterminant une péritonite adhésive par irritation mécanique.

La cause déterminante admise par la plupart des auteurs, Bar, von Leuwen, Brindeau, Couvelaire, est l'infection. Von Leuwen a trouvé que dans tous les cas d'adhérences sérieuses les suites de couches ont été pathologiques. Dans 90 % la température axillaire s'est élevée au-dessus de 37°5.

A la réunion obstétricale de Montpellier, en février 1909, M. le Professeur Bar disait qu'il suffit d'une élévation de température de quelques dixièmes de degré pour en produire, et son élève, Marioton, apporte en témoignage ces faits tirés de sa statistique : « pour quatre cas une élévation de température supérieure à 38° fugace n'ayant duré qu'un jour, pour deux autres cas le maximum fut de 37°8, enfin dans le cas où les adhérences étaient les plus intenses, la première opération avait été faite en dehors du service et les suites opératoires ne nous sont pas exactement connues. »

Kusstner a fait, à propos de 104 opérations césariennes pratiquées dans son service, des remarques très intéressantes concernant l'infection comme cause directe des adhérences. Il disait que, si les adhé-

rences épiploïques pariétales et intestinales, beaucoup plus fréquentes et beaoucoup plus étendues avant 1900-1901, sont devenues après cette époque beaucoup plus rares et beaucoup moins compliquées, c'est que la technique opératoire, perfectionnée de plus en plus dans la simplicité du mode d'hystéroraphie et dans l'utilisation d'un matériel de suture rigoureusement aseptique, est arrivée aujourd'hui à éliminer l'infection d'une façon en quelque sorte idéalement sûre (1).

Boquel écrivait aussi dans son livre, *la Pratique de la dystocie* : « Le grand danger est l'infection du péritoine... Toute faute se paie là, comme elle se paie dans toute intervention, dans tout accouchement. »

Cette infection se produira-t-elle du seul fait de l'irruption du contenu de l'œuf dans le péritoine ? Il semble a priori que cela paraisse tout à fait invraisemblable. L'œuf non ouvert ne doit être guère plus septique que le contenu d'un kyste ovarien par exemple. Le danger existe alors que l'œuf est ouvert, lorsque la femme a été soumise à des touchers toujours dangereux parce qu'ils peuvent être septiques et Veit recommandait de ne pas toucher les femmes destinées à subir une opération césarienne trois semaines avant la date de l'opération. Ce danger existe enfin lorsque la femme présente une in-

(1) Kaiserchnilt (*Ruckblicke und Ausblicke Zeitschrift für geb ünd gyn.* Bd LXIII, 1908, cité par Singer (*Thèse de Paris 1909*).

fection quelconque prenant son origine dans le vagin, le col, la cavité utérine, la paroi de l'abdomen. Il existe une observation d'Hecking concernant une femme atteinte de gonorrhée ayant subi une opération césarienne conservatrice et qui eut une suppuration de la plaie abdominale à laquelle adhérait l'utérus. Ce pus contenait des gonocoques associés à des streptocoques.

Comment l'infection est-elle cause d'adhérences ? Parce que, et c'est le sort commun à toutes les séreuses, toute lésion inflammatoire ou infectieuse du péritoine a son retentissement sur les organes du voisinage. Il se traduit sous la forme de cet ensemble de lésions appelées par Hunter péritonite adhésive et caractérisée par la chute de l'épithelium, la vascularisation et la production d'une fausse membrane laquelle s'organise en un tissu conjonctif qui soude plus ou moins intimement les deux feuillets de la céreuse. Nous aurons donc là des soudures séro-séreuses ou séro-viscérales, selon les feuillets unis entre eux. Les vieilles membranes sont difficiles à dissocier et peuvent entraîner des lambeaux de tissus si le décollement a été trop brutal. Avec le temps, ces membranes deviennent vasculaires et il existe des adhérences qui exigent des ligatures avant d'être sectionnées.

Mais, ainsi que nous le disions plus haut, comme Olshausen (1) l'avait signifié au Congrès de Moscou,

(1) Voir aussi Oslhausen : De l'opération cœsarienne et de ses indications dans les rétrécissements pelvins (*Ann. de Gyne.*, nov. 1897).

comme Wallace l'avait démontré expérimentalement, il y a des adhérences qui ne sont pas le fait de l'infection, qui sont des phénomènes d'irritation purement mécaniques ou chimiques, violences ou frottements qui altèrent l'endothélium de l'épiploon ou du péritoine avec lequel la plaie utérine est en contact, sang épanché (les adhérences s'organisant grâce à l'interposition d'un dépôt de fibrine) nœuds séparés, quelque soit d'ailleurs le matériel de suture, contact de l'air même, ainsi qu'il ressort des expériences de Walthard.

« Quoiqu'il en soit, indépendamment de leurs variétés : utéro-pariétales, utéro-épiploïques, de beaucoup les plus communes ; utéro-vésicales et utéro-intestinales, plus rares, les adhérences sont susceptibles de déterminer des accidents. Parmi ces accidents il y a lieu de signaler tout d'abord *la gêne dans l'involution utérine* qui favorise les hémorragies secondaires plus ou moins tardives après la première opération (selon l'impression de Dœderlein et contrairement à l'opinion de Korn) par suite de la fixation qui les relie plus ou moins. Ces hémorragies, d'ordinaire en nappe, se sont d'ailleurs souvent manifestées, au moment du décollement, et se sont montrées tout à fait tenaces, rebelles et difficiles à tarir dans certains cas, ainsi que l'ont relaté Lauvray, Bué, Brindeau, van Leuwen et Wallace (1) »

(1) Singer (*Thèse de Paris*).

De plus, les adhérences peuvent entraîner *des douleurs*, souvent exacerbées pendant les périodes menstruelles, mais ce sont là, nous devons le dire, des faits exceptionnels et qui ne permettent pas d'écrire, comme l'a fait Pollak, qu'une opération qui donne des douleurs permanentes pendant une grossesse, comme la section césarienne, est loin d'être recommandable. Ces douleurs, quand elles existent, seraient, pour Violet et pour Lennander d'Upsala, sous la dépendance de l'irritation du péritoine pariétal, ce qui semblerait confirmer cette parole de Claude Bernard : « On pourrait penser qu'il n'y a pas de sensibilité dans les organes internes. »

On a accusé aussi les adhérences d'être la cause de *présentations vicieuses, d'accouchements prématurés* et d'*avortements*, la femme étant, de par leur présence, dans les conditions que crée une hystéropexie abdominale. Singer s'est attaché, dans sa thèse, à réfuter ces deux opinions. Il a montré quelle différence existait entre l'utérus se soudant à la paroi abdominale, après l'expulsion d'un fœtus, volumineux encore et en bonne position, et l'utérus fixé par une opération antiphysiologique. Léopold avait d'ailleurs montré qu'après une césarienne l'utérus faisait son involution comme après un accouchement normal, mais que ses rapports sont habituellement changés. Dans le travail tout récent de M. Marioton, que nous avons déjà cité, nous lisons à ce propos : « On s'est demandé si les adhérences utéro-pariétales ne pouvaient pas être une cause d'avorte-

ment. En faisant des réserves sur ce point, je dirais qu'aucune des opérées de Bar ne fit d'avortement. Quant à l'accouchement prématuré parmi les 24 grosseses observées après l'opération césarienne, pour quatre cas nous ne possédons que des renseignements insuffisamment précis sur l'âge de la grossesse.

« Dans 19 cas, la femme entra spontanément en travail à terme, ou fut opérée à terme immédiatement avant le début du travail. Dans un dernier cas, la femme était éloignée du terme : l'enfant ne pesait que 2.080 grammes (soit un fœtus d'environ 7 mois et demi). Il s'agissait d'une femme opérée pour la troisième fois et on constata chez elle des adhérences siégeant de chaque côté de la cicatrice : ces adhérences paraissent avoir empêché la distension de la zone cicatricielle qui se montra froncée : peut-être, concluait M. Bar, était-ce là la cause de l'accouchement prématuré. »

Il semble, d'autre part, ainsi que l'avait déjà observé Fruhinsholz, que la présence d'une cicatrice césarienne n'a pas d'influence notable sur le développement du produit de conception.

Nous avons signalé, en en indiquant la rareté, les adhérences utero-intestinales. Nous devons signaler également les observations d'étranglement intestinal par bride citées par Kouwer, Baisch, Küshner.

Nous nous réservons de décrire dans un autre chapitre les complications et les difficultés qui pourront survenir du fait des adhérences diverses.

au cours des opérations itératives et nous allons maintenant étudier une complication qui assombrit un peu le pronostic d'une nouvelle grossesse dans un utérus césarotomisé : « les risques de rupture utérines post-césariennes. »

AMINCISSEMENT DE LA CICATRICE UTÉRINE. RISQUES DE RUPTURES UTÉRINES POST-CÉSARIENNE

La rupture utérine avant la période antiseptique et avant que l'on pratiquât la suture de l'utérus était un accident fréquent.

En 1886 Krukenberg croyait que cette complication se voyait dans 40 à 50 pour 100 des cas. En 1904 Van Leuwen relève 4 cas de rupture sur 194 grossesses post-césariennes soit 2.06 pour 100 ; en 1909 Singer rapporte 27 ruptures sur 474 grossesses soit 5.90 pour 100. En groupant quelques statistiques récentes, pour lesquelles nous renvoyons à la fin du chapitre on trouve une proportion de rupture utérine post-césarienne de 2,54 pour 100.

On le voit c'est à notre époque une complication relativement rare. Le P^r^ Bar ne l'a jamais observée, mais ce qui est beaucoup plus fréquent c'est de rencontrer en un point de la paroi utérine un point faible, une amorce pour une rupture ; c'est l'amincissement de la cicatrice utérine. Presque tous les auteurs l'ont observée.

« Si notre maître le P^r^ Bar, nous dit Marioton, n'a pas observé la rupture spontanée d'un utérus césa-

risé, une fois il a pu voir, lors de l'extraction de l'enfant l'utérus se déchirer légèrement aux deux extrémités de l'incision, tant la paroi était amincie à ce niveau ; chez cette femme qui subissait pour la quatrième fois l'opération césarienne, on avait déjà, lors de l'opération précédente, constaté un amincissement considérable de la zone cicatricielle. » Il en a d'ailleurs observé 5 cas sur 22 grossesses post-césariennes ce qui donne une moyenne de 21,73 pour 100 et si l'on ne considère que les cas où l'amicissement était très notable 13,40 %.

Rapprochons ces chiffres de ceux donnés par d'autres auteurs français et étrangers. Nous trouvons une moyenne de 50 % Pinard. 15,38 % M. Phearson, 11,11 Schauta.

Il est intéressant de constater avec le Pr Bar que la répétition des opérations césariennes paraît avoir une influence certaine sur l'amincissement de la paroi.

L'amincissement de la paroi peut donc aboutir à la rupture. Cette complication très grave peut se produire à la fin de la grossesse — elle est beaucoup plus fréquente pendant le travail.

Quelle est la cause de l'amincissement de la cicatrice utérine et de sa rupture ?

Dans son rapport à la Société obstétricale de France, 1909, M. Couvelaire s'exprime ainsi : « La cicatrice du muscle lisse est toujours une cicatrice conjonctive.

Les deux lèvres de la plaie sont d'abord réunies par une bande de fébrine. Après d'autres j'ai fait ces constatations sur deux pièces d'autopsie recueillies une heure après la mort survenue cinq jours après l'opération. Cette bande de fébrine sert de substratum à la charpente conjonctive qui va servir de trait d'union entre les faisceaux musculaires sectionnés. Les conditions dans lesquelles s'effectue la cicatrisation de l'utérus post-partum sont de plus, très particulières. Les alternatives de relâchement et de contraction mobilisent les deux surfaces d'accolement, permettent la production de petits hématomes interstitiels.

En dépit de ces conditions peu favorables, la cicatrisation peut s'effectuer per primam et la cicatrice devenir à peu près invisible à l'œil nu sur l'utérus involué et vide, examiné lors d'une laparotomie (Bocquel) ou d'une autopsie (Adenot). Les fils de soie seront souvent retrouvés enchassés dans une gaîne conjonctive.

Que va devenir cette cicatrice conjonctive lors d'une grossesse ultérieure ? L'élasticité que donne à l'utérus gravide le développement d'un riche réseau élastique manquera toujours à la zone cicatricielle. Cette zone devient lâche, œdemateuse, au même titre que les adhérences conjonctives péri-utérines. Elle sera toujours un point faible.

La surdistension de l'utérus dans les cas d'hydramnios ou de grossesse multiple, l'insertion du placenta sur la zône cicatricielle vont encore accroî-

tre les risques d'amincissement, c'est-à-dire de rupture. Assurément la distension utérine ne suffit pas à créer la rupture. Parmi les cas de grossesses survenues après section césarienne, il en est qui furent compliquées d'hydramnios et qui évoluèrent sans accidents, il n'en est pas moins vrai que, dans un utérus à cicatrice affaiblie la surdistension ne peut qu'accroître les risques de rupture.

Le rôle de l'insertion placentaire comme facteur prédisposant à la rupture a été diversement interprété.

D'après Erstein l'œuf se comporterait au niveau de la cicatrice utérine comme dans la grossesse ectopique. Cette interprétation n'est pas justifiée pour les observations jusqu'ici publiées celle d'Erstein comprise.

L'existence démontrée par les coupes d'une caduque banale et régulière séparant l'œuf de la paroi utérine, même au niveau de la rupture, suffit à détruire l'hypothèse d'une analogie de processus avec la greffe ectopique de l'œuf. Je dois cependant signaler que dans deux cas Brindeau a constaté une adhérence anormale du placenta à ce niveau. Il lui fallut effriter le tissu placentaire. Si l'insertion du placenta fréquemment observée sur la région de la cicatrice rupturée ne crée pas la rupture il ne s'ensuit pas qu'il faille lui refuser toute participation aux processus complexes qui aboutissent à la rupture sur l'utérus gravide normal aux environs du terme ; il est fréquent de constater que l'aire pla-

centaire, zône réellement spécialisée de par les fonctions de l'organe qu'elle supporte, a une épaisseur moindre que les parties de l'utérus correspondant à l'insertion des membranes. J'ai souvent vérifié le fait au cours de la section césarienne.

Il est permis de supposer que l'insertion du placenta, sur une zône dont le squelette fibro-musculaire n'a plus l'élasticité de la paroi utérine normale puisse contribuer à affaiblir la région de la cicatrice. » (1)

Il s'en suit donc que pour Couvelaire la « tare conjonctive » suivant son expression est la grande cause de l'amincissement de la cicatrice utérine ; il y a en plus des causes secondes, parmi lesquelles : l'insertion fréquente du placenta sur la zône cicatricielle, la surdistension de l'utérus au cours d'une nouvelle grossesse par hydrammos ou grossesse multiple. Dans les 4 cas que nous rapportons, 2 fois le placenta fut trouvé inséré au niveau de la cicatrice ou dans son voisinage ; deux fois il était inséré sur la face postérieure, une fois également nous avons observé une surdistension utérine par hydrammos et dans ce cas la cicatrice était particulièrement amincie.

Ces causes favorisantes, en quelque sorte mécaniques, se comprennent d'elles-mêmes surtout si l'on envisage le moment d'apparition de la rupture uté-

(1) Couvelaire. Rapport présenté au Congrès de la Société Obstétrique (Août 1909).

rine. Celle-ci, en effet, se produit en général à la fin de la grossesse, époque où l'utérus peut être surdistendu par le volume de son contenu, ou pendant le travail, alors que les contractions utérines viennent s'adjoindre pour mettre en question la limite de résistance de l'organe. C'est ainsi que dans un cas de G. Woyer (*Monatschrift für geb. ünd gyn Bd VI 1897*) survint une rupture utérine dans un utérus, déjà césarotomisé, lors d'une nouvelle grossesse qui fut gémellaire et compliquée d'hydramnios et que Meyer (de Copenhague) et Couvelaire ont rapporté chacun une obseravtion de rupture d'un utérus césarotomisé lors d'une nouvelle grossesse compliquée aussi d'hydramnios.

Cause favorisante aussi, l'insertion du placenta sur la paroi antérieure de l'utérus, incriminée par Couvelaire et constatée par nombre d'auteurs : Pinard, Varnier, Oslhausen, ont montré que dans un utérus gravide normal, la région placentaire zône réellement spécialisée de par les fonctions de l'organe qu'elle supporte, a une épaisseur moindre que les parties de l'utérus correspondant à l'insertion des membranes. Aussi dans un utérus césarotomisé il n'est pas étonnant que cette région cicatricielle destinée à donner asile au placenta dans certains cas soit amincie comme l'est, par exemple, le segment inférieur d'un utérus où le placenta est prœvia.

Enfin, causes favorisantes, facteurs de premier ordre d'amincissements de la cicatrice utérine et de rupture, l'*infection post-opératoire et l'imparfaite*

hystéroraphie. On comprend que la suppuration retarde une cicatrisation qui doit s'effectuer normalement per primam, et qu'une technique défectueuse ou un catgut trop vite résorbable constituent des conditions défavorables à cette réunion par première intention.

Mais, il faut bien le dire, aucune des causes que nous venons d'énumérer ne suffit à créer nécessairement la rupture. Bien plus, nombre d'observations ont relaté des surdistensions de l'utérus césarotomisé, lors d'une nouvelle grossesse, témoin Abel, qui vit s'y développer une grossesse gémellaire ; ou l'insertion du placenta sur le segment antérieur ou l'infection post-opératoire (voir à ce propos une de nos observations) sans que rupture s'en suive.

C'est donc dans l'état de la cicatrice utérine qu'il faut rechercher les causes d'amincissement et par suite de rupture. Nous avons vu que pour M. Convelaire cette cicatrice est toujours de nature conjonctive. C'était aussi l'opinion de M. Fruhinsholz et de son élève M. Lauvray. Mais nous devons constater que certains auteurs, frappés par la disparition presque complète de toute trace cicatricielle lors d'examens ultérieurs d'utérus césarotomisés ont pensé qu'il pouvait se faire un travail de régénération musculaire à ce niveau.

Quoi qu'il en soit, dans la plupart des observations de rupture publiés on a noté une raréfaction totale ou partielle de l'utérus au niveau de la cicatrice. On l'a vu composée seulement de caduque et

de péritoine et cet amincissement est d'autant plus notable que l'on se trouve en présence de multipares, chez lesquelles on a constaté souvent, en dehors de toute manœuvre opératoire des lésions dégénératives du muscle utérin, et souvent aussi en présence de rachitiques, d'ostéomalaciques ou d'achondroplasiques chez lesquelles ces lésions sont plus accusées encore.

En résumé, l'utérus césarotomisé présente un point faible : sa cicatrice. Celle-ci est probablement, de nature conjonctive, se laisse mal distendre lors d'une nouvelle grossesse, s'amincit encore sous l'action de causes plus ou moins complexes : déchéances organiques, insertion du placenta à son niveau. Que survienne alors une cause mécanique, un traumatisme, les contractions du travail, la surdistension « l'enfant pressé sous la réaction de la matière s'en échappera par le point le plus faible, par celui qui lui opposera le moins de résistance. »

CHAPITRE II

Comment améliorer le pronostic éloigné de l'opération Césarienne Classique

Autrement dit quelle technique suivre pour permettre à un utérus *césarotomisé* de mener à bien une nouvelle grossesse ? Comment lui épargner les dangers qui le menacent ? Déjà Herstch (1) avait signalé en 1890 les trois moyens suivants qui paraissent être encore les meilleurs pour éviter la formation des adhérences : 1° Antisepsie ou mieux asepsie pendant l'exécution de toute opération césarienne. Pas de lavage du péritoine avec des liquides antiseptiques et cette remarque avait alors sa valeur à une époque où d'une part Müller (1887) assurait que les irrigations antiseptiques du péritoine empêchaient la production de toute adhérence et, d'autre part, dans le même esprit, Swenger, Reh-

(1) *Zentr für Gyn.*, n° 13, 1890, p. 226.

ver, Olshausen, Guéniot, Blanc, recommandaient le saupoudrage à l'iodoforme ou le badigeonnage au collodion iodoformé. Toutes ces manœuvres étaient bien plus nuisibles qu'utiles : voulant combattre l'infection, cause d'adhérences, elles aboutissaient à l'irritation de la séreuse, autre cause d'adhérences.

2° Herstch recommandait encore de bien enfouir les nœuds des fils, de les couper courts. Déjà Olshaüsen avait remarqué que les nœuds des fils de suture qui font saillie sur la paroi utérine, tout le long de la ligne de suture, risquent d'exercer à chaque mouvement respiratoire un véritable frottement de la face antérieure de l'utérus contre les parois abdominales, de provoquer une inflammation et une irritation de la séreuse péritonéale à ce niveau.

3° Bien affronter les lèvres des plaies utérines, péritonéales et cutanées.

Couvelaire, dans son rapport à la Société Obstétricale de France, a posé la question de l'amélioration du pronostic éloigné de l'opération césarienne. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les adhérences peuvent, dans une certaine mesure, être évitées.

2° L'amincissement des cicatrices est moins facilement évitable.

Pour éviter les adhérences, il recommande en premier lieu « la rigueur de l'asepsie » et cette considération l'amène à la sélection des *cas purs*.

« En dépit de l'isolement réalisé par la suture, en dépit des perfectionnements de la stérilisation du

matériel opératoire, en dépit de l'usage des gants stérilisés, les risques d'auto-infection persistent j'entends non seulement, sous cette étiquette d'auto-infection, l'infection par les hôtes du vagin autochtones, mais l'infection par les germes introduits avant l'opération par des explorations ou manœuvres septiques. Contre cette auto-infection, l'antisepsie des voies génitales inférieures et du col, même minutieuse (savonnage, badigeonnage à la teinture d'iode suivant la pratique de Doléris), est-elle toute puissante ? Il est permis d'en douter. Les faits observés dans la pratique obstétricale courante démontrent que cette antisepsie ex-temporanée est souvent suffisante. En matière de césarienne conservatrice, il faudrait plus de certitude. La quasi certitude ne peut être trouvée pratiquement que dans les conditions cliniques où se trouve l'opérée avant l'intervention... Il faut donc *sélectionner les cas*. Un premier élément de sélection rentre dans l'infection confirmée par l'élévation de température et l'accélération du pouls. Sur ce point, pas de discussion. L'infection gonococcique des glandes de Bartholin, de l'urèthre, du vagin, du col, est considérée depuis longtemps par Léopold comme une contre-indication absolue à la conservation de l'utérus. Dans aucun des cas observés à la clinique Baudelocque, il n'y avait d'infection gonococcique cliniquement évidente. Jamais l'examen bactériologique n'a été pratiqué. Je ne saurais donc apporter d'arguments décisifs sur ce point, mais, jusqu'à preuve du con-

traire, je crois infiniment désirable que les voies génitales ne soient pas infectées par le gonocoque dont le rôle dans la génèse des accidents infectieux post-partum n'est plus à démontrer.

La rupture des membranes est-elle une contre-indication à la conservation de l'utérus ? Oui et non. Tout dépend de l'espace de temps écoulé entre la rupture des membranes et le moment de l'opération. Tout dépend des mesures d'antisepsie prises avant la rupture de l'œuf. Les observations de la Clinique Baudelocque sont, à ce point de vue, très démonstratives. Sur 6 femmes opérées, alors que l'œuf était ouvert depuis plus de quatre heures, cinq heures, six heures, 9 heures $\frac{1}{2}$, trente-trois heures, trente-quatre heures, toutes eurent des suites opératoires fébriles. Une femme mourut le 90e jour de septicémie. La température oscilla entre 38 et 39°4. Le pouls entre 120 et 144. Quatre eurent des suites mouvementées et inquiétantes (hautes élévations thermiques, frissons, complications pulmonaires), mais guérirent ; une seule n'eut qu'une réaction passagère (38° 6) le 3e jour.

Ce n'est pas dans un perfectionnement de la technique qu'il faut chercher l'amélioration du pronostic de ces cas, mais dans un autre mode d'intervention. »

Il est intéressant de rapprocher de ces paroles fort sages, les lignes suivantes extraites d'un article de M. Marioton, élève de M. Bar :

« On ne saurait pratiquer à la légère l'opération

césarienne. Il importe d'observer la plus grande prudence dans le choix des cas où cette intervention est indiquée. Seuls, « les cas purs » où nul risque d'infection ne paraîtra menaçant en seront justiciables. »

On sait que parmi les points intéressants de la technique de M. Bar, entre l'exécution de l'opération césarienne avant le début du travail à l'époque du terme présumé de la grossesse. Ses statistiques d'opérations césariennes itératives donnent des résultats des plus encourageants, il a bien, comme tous les auteurs, rencontrés, des adhérences, mais elles n'ont pas apporté en général une bien grande gêne à l'opérateur.

Sélection des cas purs, voilà donc le premier, le grand élément du succès. Nous ajouterons qu'il faut encore une bonne technique et un matériel de suture approprié.

Une bonne technique. — Nous ne décrirons point tous les détails de technique ; toutes les modifications plus ou moins heureuses qu'ont apporté les auteurs à la technique classique, celle que M. Couvelaire a minutieusement décrite dans son rapport de 1909 à la Société Obstétricale de France. Nous trouvons, en effet, dans cette étude, soulignés les trois points suivants qui sont bien, à notre avis, le meilleur traitement préventif de l'injection péritonéale et de ses séquelles.

L'utérus sera ouvert, vidé et suturé hors du ventre, en d'autres termes, aussitôt découvert l'utérus

sera extériorisé. « L'utérus est attiré hors du ventre. « La corne gauche est facilement dégagée la pre- « mière (elle est moins proéminente et plus média- « ne). La corne droite, repoussée par la main droite « à travers la paroi abdominale émerge à son tour « de la cavité abdominale. Ces manœuvres très sim- « ples doivent être exécutées sans brusquerie, pour « éviter les tiraillements et éraillures du segment « inférieur et des ligaments larges. Deux pinces à « traction, amarrant de chaque côté le tiers supé- « rieur des lèvres de l'incision abdominale, sont « entrecroisées derrière l'utérus entouré de champs « protecteurs. Grâce à ces précautions, et à la posi- « tion inclinée qui a été, je ne sais pourquoi, pros- « crite, l'intestin sera invisible et sûrement proté- « gé contre toute souillure. »

Cette extériorisation de l'utérus, avant toute section, semble avoir à l'heure actuelle rallié tous les suffrages ; elle est bien préférable à l'extériorisation après extraction de l'enfant, car on peut dire, avec MM. Potocki et Wallich : « La main qui a pénétré dans l'œuf, plonge en pleine cavité abdominale, par-dessus et derrière l'utérus, pour énucléer celui-ci hors du ventre et dans cette manœuvre la main entre en contact direct avec les anses intestinales voisines puisqu'il n'y a de compresses placées qu'en avant de l'utérus. »

Nous pourrons donc, par l'extériorisation immédiate de l'utérus, éviter autant qu'il est possible la souillure du péritoine et l'infection qui en résulte,

cause d'adhérences, cause de ruptures. Nous ferons aussi *une bonne hémostase*, car nous connaissons le danger du sang épanché. Cette hémostase dépend, comme nous l'avons vu, de trois facteurs : de l'incision médiane et sagittale qui lèse en somme peu de vaisseaux, de la tonicité de l'utérus sur laquelle les anciens s'appuyaient seulement, de la bonne coaptation des lèvres de la section utérine que nous nous efforçons maintenant de réaliser. On assurera le drainage utéro-vaginal bien préférable au drainage abdominal que nous repoussons parce qu'il laisse en place un corps étranger déterminant une « péritonite adhésive par irritation mécanique », et parfois même quand on opère, en plein travail, ce drainage utéro-vaginal est lui-même superflu.

On relèvera la tonicité utérine par une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'ergotine faite au début de l'opération ou après section du péritoine au moment d'inciser l'utérus.

Quant au *matériel de suture* et au *mode d'hystérorraphie*, il mérite de nous arrêter un instant. Singer, dans sa thèse (1909), a longuement étudié les avantages ou inconvénients du catgut et de la soie. Hergott a traité le même sujet dans un rapport très complet présenté à la Société Obstétricale de France, le 9 octobre 1909. Catgut et soie sont, en effet, les matériaux de suture dont on use en général pour suturer les deux lèvres de la brèche utérine. Le catgut a un avantage : c'est de pouvoir se résorber au bout d'un temps plus ou moins long. Mais il a aussi de

graves invonvénients, c'est parfois de se résorber trop vite, alors que la cicatrisation de l'utérus est incomplète et, défaut plus grave encore, d'être souvent insuffisamment stérilisé. Hergott a rapporté, en 1899, l'observation d'une opération césarienne suivie de graves accidents imputables à un catgut insuffisamment stérilisé. Dix jours après l'intervention, la température s'éleva. Le ventre, sans être douloureux, était cependant sensible dans la région occupée par l'utérus, qui semblait fixé derrière la paroi abdominale, et la malade fut étonnée de se sentir subitement mouillée par un flot de liquide qui s'écoulait hors de la vulve et qui était formé par du pus épais mélangé à de la sérosité. Le dix-septième jour, pendant un lavage, on sortit le corps du délit, un fil de catgut de 8 cent. La malade guérit.

Le même auteur rapporte une autre observation datant de 1907, où il vit la suture utérine se désunir avant que la cicatrisation ne soit complète.

Sauvage et Lepage ont observé des cas de désunion de la cicatrice utérine par résorption trop rapide du catgut. Bué perdit une de ses malades pour les mêmes raisons.

Enfin, nous publions, à la fin de notre étude, l'observation d'une femme chez laquelle un catgut stérile fut la cause d'une septicémie post-opératoire.

On le voit, le catgut pourrait être compté parmi les causes secondaires, que nous avons énumérées dans le précédent chapitre et qui assombrissent le pronostic éloigné de l'opération césarienne, pou-

vant être une cause d'infection ou de désunion de la cicatrice utérine.

M. Boissard, en 1910, rapportait un cas de mort par discission de la suture utérine faite au catgut, n° 3. Mais nous devons dire, pour la défense du catgut, que nombre d'opérateurs lui sont restés fidèles, il est plus facile à manier que la soie et ne joue pas comme elle le rôle de corps étranger, de plus on trouve des catguts qui sont très suffisamment stérilisés et qui, comme le catgut chromé, ne se résorbent qu'au bout d'un temps assez long pour que la cicatrisation du muscle utérin soit parfaite MM. Potocki, Fournier, Boissard, Boquel, Doléris, Véron, l'emploient volontiers ; MM. Bar, Convelaire, Hergott, Pinard, préfèrent la soie, le numéro deux, qu'ils emploient étant bien toléré.

La technique de la suture varie un peu, suivant les opérateurs et le matériel employé : avec le catgut deux plans de suture l'un comprenant toute l'épaisseur des tuniques utérines, sauf la muqueuse, l'autre affrontant les deux lèvres de la séreuse. Bar, avec la soie, se contente d'un seul plan de suture, à points séparés, mais évite aussi avec soin la muqueuse utérine qui comprise dans la suture pourrait devenir une source d'infection et retarder la cicatrisation per primam.

On voit donc que le pronostic éloigné de l'opération césarienne dépend, dans une certaine mesure de l'opérateur, de sa prudence, de son jugement de sa technique et si, comme l'a dit M. Couvelaire, les

complications ne sauraient être prévues dans tous les cas, on peut, tout au moins, en diminuer la fréquence.

QUELQUES STATISTIQUES

Statistique du Service de SCHAUTER (1906)

18 Opérations répétées

1° Amincissements notables 2

2° Adhérences constantes
- utéro-pariétales..... 12
- épiploïques pariétales 4
- épiploïques utérines.. 6
- intestinales utérines et pariétales..... 5 } 2 morts.

Résultats : 18 femmes...
- 7 ont été stérilisées.
- 2 mortes
  - 1 d'endométrite et de péritonite.
  - 1 d'occlusion intestinale

Statistique du Service de LÉOPOLD (1907)

35 Opérations répétées sur 31 femmes

Résultats : 31 femmes...
- 9 ont été stérilisées.
- 1 est morte (péritonite par déchirure intestinale méconnue au cours de la libération des adhérences.)

Statistique du Service de KUSTER (1908)

16 Opérations répétées sur 14 femmes

Adhérences importantes : 6 dont 2 intestinales ..... { pariétale.. 1 / intestinale 1

Résultat : 14 femmes ... { 3 ont été stérilisées (hystérectomie). 2 sont mortes. 1 péritonite, 1 pneumonie tuberculeuse. / 1 a été tardivement opérée pour ileus par adhérence de l'intestin grêle à la corne droite de l'utérus. (Guérison).

Statistique de BRINDEAU (1908)

7 Opérations répétées sur 6 femmes

1° Amincissements notables = 0

2° Adhérenecs.. { utéro-pariétales. 3 { 1 légère. / 2 importantes. / épiploïques.. 6 / intestinales .. 1 { Adhérence utérine et pariétale, résection de 6 à 7 centimètres d'intestin grêle ouvert par mégarde.

Résultats : 6 femmes.... { 1 a été stérilisée. / 1 mort (cardiaque).

Statistique du Service de PINARD (1909)

---

8 Opérations répétées sur 7 femmes

1° Amincissements notables.	2	1 rupture complète. 1 rupture sous-péritonéale.
2° Adhérences utéro-pariétales	3	3 importantes.
— épiploïques ...	2	
— intestinales ..	1	Adhérence à la paroi libérée avec enfouissement de la zone adhérente (mort).

Résultats : 7 femmes .... 5 ont été stérilisées par hystérectomie.
1 mort (ileus).

Statistique du Service de BAR (publiée par Marioton 1912)

---

23 Opérations répétées

16 femmes furent opérées pour la 2° fois
6 — — — — 3e —
1 — — — — 4e —

Amincissements notables	Après	1	césarienne	2 sur	16.
	—	2	—	2 —	6.
	—	3	—	1 —	1.

Adhérences.....	utéro-pariétales 7
	utéro-épiploïques 2
	pariéto-épiploïques..... 2
	intestinales..... 0

Résultats 23 femmes..... 1 seule a été stérilisée (c'était son 4e enfant et sa 3e césarienne)

Statistique du docteur VÉRON à la Maternité de Rennes

---

4 Opérations répétées sur 4 femmes

Adhérences	utéro-épiploïoques	4
	pariéto-épiploïques	4
Amincissement de la cicatrice		3

Résultats 4 femmes ont été stérilisées par ligature et section des 2 trompes.

Mortalité maternelle	0
Mortalité fœtale	0

CHAPITRE III

Difficultés particulières aux opérations itératives

La technique de l'opération césarienne itérative diffère, par plus d'un point, de la technique classique si bien précisée par M. le Pr Bar dans ses leçons de pathologie obstétricale et plus récemment par M. Couvelaire dans son rapport à la société obstétricale de France et nous approuvons entièrement les lignes suivantes que nous empruntons à un article déjà cité de M. Marioton. « Les opérations répétées « deviennent vite des opérations atypiques. Des « difficultés peuvent, en effet, surgir nécessitant une « modification de la technique habituelle et ces dif- « ficultés sont liées à l'état de la paroi abdominale, « à celui de la paroi utérine, aux adhérences diver- « ses qui peuvent enserrer l'utérus. » Cette manière de voir est conforme à l'opinion de M. Frunhinsholz qui a écrit : « La césarienne répétée chez la même « femme donne des produits fœtaux dont la qualité « légitime absolument la récidive opératoire, mais

« du côté maternel les résultats ne sont pas tou-
« jours aussi satisfaisants. »

Nous devons dire toutefois que nombreuses sont, à l'heure actuelle, les opérations répétées où les accoucheurs n'ont pas rencontré plus de difficultés que pour une première intervention, mais nous croyons être bien rares, les opérateurs qui, à l'exemple de Mac Gibbon (*Edinburgh méd. Journ.*), pourraient écrire que chez une femme ayant subi trois opérations césariennes, les deux dernières furent plus simples, les suites opératoires aussi et la malade se leva le douzième jour.

Pour apporter notre contribution à cette étude, nous mettrons en parallèle, à la fin de ce travail, les observations de première et seconde césariennes que nous avons recueillies et, quoique le nombre en soit très restreint, nous nous permettrons de croire à la complexité plus grande de celles-ci.

Etudions donc, maintenant, en suivant méthodiquement les différents temps de l'opération césarienne classique, les principales complications opératoires qui pourront surgir.

1° Quand faut-il opérer.

Nous croyons que cette question présente un intérêt capital. On sait qu'en ce qui concerne l'opération césarienne pratiquée pour la première fois chez une femme les opinions des accoucheurs varient, les uns voulant faire de la césarienne une opé-

ration « plus chirurgicale qu'obstétricale » conseillent de la pratiquer chez une femme arrivée au terme probable de sa grossesse, mais avant tout début de travail ; les autres se refusant à faire naître un prématuré et attendant qu'un début de travail ait permis de constater que l'accouchement normal soit absolument impossible.

Nous laisserons de côté cette discussion, en ce qui concerne une première césarienne, pour ne nous occuper que de l'opération itérative et nous croyons que pour cette dernière la question se pose d'une façon toute différente. Nous avons, en effet, à nous occuper d'une femme chez laquelle une ou plusieurs césariennes ont déjà été pratiquées ; l'impossibilité de l'accouchement normal est donc ici évidente sauf de très rares exceptions et c'était là, nous semble-t-il, l'objection principale faite à la césarienne précoce. C'est tout au moins l'objection qui semble avoir le plus frappé le professeur Bar, le défenseur de la césarienne pratiquée avant tout début du travail.

Et, d'un autre côté, il y a danger à laisser le travail s'accomplir. Elles sont très rares les observations d'accouchements effectués normalement chez des femmes césarotomisées et encore s'agissait-il de cas spéciaux — d'un obstacle temporaire en général. Nous avons vu, en traitant de la rupture utérine et des amincissements de la cicatrice que les contractions utérines douloureuses et la distension de l'utérus en étaient d'importants facteurs.

« Assurément la distension utérine ne suffit pas à créer la rupture. Parmi les cas de grossesses survenues après section césarienne, il en est qui furent compliquées d'hydramnios et qui évoluèrent sans accidents, il n'en est pas moins vrai que, dans un utérus à cicatrice affaiblie, la surdistension ne peut qu'accroître les risques de rupture. » Et, en effet, si nous examinions les observations publiées de rupture de l'utérus césarotomisé nous voyons qu'elles se sont produites presque toutes ou à la fin de la grossesse ou pendant le travail et Couvelaire pouvait écrire en 1909 : « J'avais rassemblé, en 1906, 8 observations (de rupture) actuellement 27 sont publiées. Elles seraient peut-être plus nombreuses encore si un certain nombre de césariennes itératives n'étaient pratiquées avant tout début du travail », et il conclut : « La sagesse est d'opérer ces anciennes césarotomisées dans les conditions chirurgicales les meilleures. Une surveillance obstétricale attentive est nécessaire dans tous les cas. Les dernières semaines de la grossesse doivent être surveillées dans une clinique où une intervention abdominale d'urgence peut être pratiquée — surtout s'il y a surdistension utérine — vers la fin présumée de la grossesse, avant le début du travail. Même, dans ces conditions on pourra être surpris par la rupture qui, à partir du septième mois, est possible sinon fréquente. » Nous nous rangeons à cette opinion. Dans les quatre observations que nous publions à la fin de cette étude, les premières césariennes furent faites

après le début du travail ; quand aux opérations itératives pour trois des opérées elles purent être pratiquées avant tout début du travail, les résultats opératoires en furent excellents. Pour une quatrième qui n'entra à la Maternité de Rennes, lors de sa deuxième grossesse, qu'en plein travail, les annexes et le liquide ammotique avaient une teinte verdâtre, l'enfant avait souffert et ne put être ranimé qu'au bout d'une demi-heure de soins les plus pressants ; il mourut d'ailleurs peu de jours après sa naissance et l'autopsie montra des lésions de broncho-pneumonie.

Donc, nous croyons que si pour une première césarienne on peut attendre un commencement du travail pour bien s'assurer que les prévisions sont exactes, que l'accouchement normal est absolument impossible, pour une césarienne répétée, il faut surveiller la femme à la fin de sa grossesse et intervenir à l'époque la plus rapprochée possible du terme présumé. On ne saurait nous reprocher, dans ces conditions, d'avoir fait naître un prématuré qui l'est si peu, d'ailleurs nous avons eu l'occasion de revoir un des enfants nés d'une césarienne itérative, dont nous rapportons plus loin l'observation. Il est maintenant âgé de huit ans et semble bien portant et très normalement développé.

2° Incision de la peau et des plans musculo-aponévrotiques.

Si la cicatrice cutanée est normale et saine, nous

croyons qu'il n'y a aucun inconvénient à faire notre seconde incision à son niveau. Il sera bon de s'assurer que la peau est bien mobile sur les plans sous-jacents et que la paroi elle-même est souple et ne semble pas faire corps avec l'utérus. Ce serait, dans le cas contraire, une présomption d'adhérences utéro-pariétales qui entraînerait la nécessité de faire notre incision un peu en dehors de la première. Si nous trouvons une solution de continuité de la paroi, allant de la simple hernie à la large éventration il y aurait là indication à faire une résection de la cicatrice ancienne et à refaire aussi soigneusement que possible, une paroi solide. M. Bar au cours des opérations itératives faites par lui eut ainsi trois fois à réséquer la paroi abdominale distendue. Dans un autre cas, la cure de l'éventration dut être faite, dès le début d'une grossesse chez une quintipare ayant déjà subi deux opérations césariennes pour fracture de bassin. En réalité, jamais il n'y eut, de ce fait, une difficulté réelle.

TRAITEMENT DES ADHÉRENCES

Distinguons les adhérences épiploïques, les adhérences utéro-pariétales, les adhérences utéro ou pariéto-intestinales ; ce n'est que très exceptionnellement qu'ont été signalées des adhérences de l'utérus avec d'autres organes, comme la vessie, dans une observation de Commandeur.

Les *adhérences de l'épiploon* avec l'utérus ou la

paroi, seront celles que nous trouverons le plus souvent. Disons, tout de suite, qu'elles compliquent peu, en général, l'opération. En effet elles sont d'habitude très friables et faciles à dissocier, exceptionnellement elles sont très intimes et l'épiploon peut arriver à former un matelas épais entre l'utérus et la paroi. Ces adhérences lâches épiploïques nous pourrons donc ou les libérer avec le doigt ou les sectionner entre deux pinces.

Les *adhérences de l'utérus avec la paroi* sont beaucoup plus rares, mais aussi beaucoup plus intimes et beaucoup plus gênantes pour l'opérateur. L'utérus peut, nous dit M. Brindeau, se fixer à la paroi constituant une véritable « hystéropexie spontanée. » Les adhérences sont, dans ce cas, plus ou moins étroitement liées entre elles, tantôt sous la forme de cordes, de tractus, entraînant le péritoine utérin en même temps qu'un peu de muscle ; tantôt ayant un aspect ligamenteux, comme un lien de suspension, comme un véritable ligament rond ; tantôt enfin formant un véritable pont qui relie la ligne de sutures utérines à la paroi abdominale. Dans certains cas, la paroi utérine peut être tellement adhérente à l'abdomen qu'il est possible de pénétrer dans l'œuf sans ouvrir la cavité péritonéale ainsi que M. Brindeau l'a constaté lors d'une seconde opération et ainsi que l'ont signalé dans leurs observations respectives Wallace, Sinclair, Spencer, Rupin, Griesel, Everke-Nelog, Fry.

Quelques-uns de ces auteurs considérèrent même cette particularité comme favorable, trouvant qu'elle simplifiait l'opération et Fry conseilla de fixer l'utérus à la paroi et dans tous les cas de se faire une règle d'inciser au niveau de l'ancienne cicatrice abdominale pour profiter d'une symphise abdomino-utérine possible. « Ce ne sont pas là opinions courantes ; la grande majorité des auteurs français repoussent la ventrofixation haute et, les adhérences étant plutôt une gêne qu'une facilité » (1), si l'on soupçonne cette union intime de la paroi et de la matrice, il sera prudent d'inciser en dehors de la première cicatrice.

Les adhérences utéro-pariétales ont un gros inconvénient, c'est celui de gêner parfois, si elles sont assez résistantes pour n'avoir pu être détruites, l'accès de la région antérieure et médiane de l'utérus. On sait, en effet, que l'incision classique de l'utérus dans la césarienne conservatrice porte sur la face antérieure de l'organe, à la partie médiane et au-dessus de l'anneau de Bandl. Aussi, cette région, facilement accessible sur un utérus gravide lors d'une première opération césarienne, sera-t-elle moins facilement atteinte dans l'itérative, soit que les adhérences recouvrent la région elle-même soit qu'elles entraînent un déplacement de l'organe.

« *Quelle conduite tenir dans ce cas ?* Bien en-

(1) Garripuy. L'opération cœsarienne itérative. *Presse Médicale*, 1909.

tendu essayer de libérer prudemment l'utérus dans la partie qui doit être incisée et alors faire porter son incision sur le point d'élection ; si la destruction des adhérences est trop dangereuse, on les respectera. Notre objectif, qui nous sépare de la chirurgie habituelle, n'est pas ici d'enlever mais d'ouvrir un organe, nous pouvons, par conséquent, nous accommoder de la place qui nous est réservée sans rien détruire systématiquement. Dans les cas où l'utérus est simplement dévié on pourra atteindre parfois le point à sectionner en refoulant en même temps que l'organe une des lèvres de l'incision. »

Il existe plusieurs observations relatant cette difficulté qu'ont rencontré certains opérateurs à trouver la face antérieure d'un utérus dévié, tordu sur son axe, par le fait de vieilles adhérences. Quelques-uns de ces auteurs nous ont, en même temps décrit le procédé dont ils ont usé pour achever l'opération. En voici quelques exemples :

« Teuffel a rapporté le cas d'une femme qui avait été opérée deux fois, en 1886 et en 1894, par la césarienne conservatrice et qui, en 1895 au septième mois d'une grossesse nouvelle dut subir un Porro à cause d'une rupture utérine menaçante. L'utérus était tordu de plus de 90 degrés sur son axe, sous l'action d'adhérences très épaisses et très étendues » (1). « De même dans la thèse d'Hoffmann pouvons-nous lire l'histoire d'un cas de rotation de

(1) SINGER. *Thèse de Paris* 1909.

l'utérus autour de son grand axe, due à l'existence d'adhérences très épaisses faisant corde entre cet organe et la paroi abdominale. » (1). Dans un cas de M. Brindeau on a trouvé l'utérus fortement refoulé d'un côté par la masse intestinale et il a fallu maintenir en place les intestins à l'aide de nombreuses compresses pour pouvoir sectionner l'utérus. Dans une de ses observations cet auteur rapporte encore que l'organe était si dévié sur son axe qu'on ne put ouvrir la matrice qu'après avoir récliné fortement la lèvre gauche de la paroi abdominale. Et il ajoute même que s'il avait voulu faire correspondre son incision cutanée à son incision utérine il aurait été obligé de tracer la première dans le prolongement du creux axillaire.

Johannosky avait été contraint, dans un cas, de porter son incision sur la face postérieure de l'utérus à cause d'adhérences utéro-pariétales très intimes mais c'est là, nous le croyons, un fait absolument exceptionnel, peut-être unique. Toutefois, d'autres incisions également atypiques ont été proposées elles intéressent néanmoins la face antérieure ou le fond de l'utérus. C'est, par exemple, l'incision transversale du fond ou procédé de Fritsch, l'incision sagittale du fond ou procédé de Müller. M. Jeannin a montré dans son rapport (2) quels étaient

(1) *Monatschirft für geb. gyn*, 1897, p, 354.

(2) Jeannin. Rapport à la Société Obst. de France, 1909.

les avantages et les inconvénients de cette technique atypique. Nous devons dire cependant que MM. Bar et Bué ont écrit que cette manière de faire trouve, dans les cas particuliers que nous venons de citer, sa meilleure indication.

On le voit donc, il est parfois moins simple d'aborder la face antérieure de l'utérus la seconde ou la troisième fois que la première. Est-ce à dire que ce soit là une bien grande complication opératoire ? Nous ne le pensons pas, nous nous arrêterions plutôt à cet autre inconvénient qui résulte de la difficulté d'extérioriser un utérus très adhérent avant de l'inciser.

« Il faut mieux, a écrit M. Fournier (d'Amiens), inciser un utérus in situ sans l'extérioriser que de chercher à libérer ou à détruire des adhérences trop intimes. »

Ce sont là, sans aucun doute, de sages conseils mais nous ajouterons que la femme court ainsi plus de risques d'être injectée. En effet, comme l'ont montré MM. Potocki et Wallich « la main qui a pénétré dans l'œuf se meut en pleine cavité péritonéale, par dessus et derrière l'utérus, parties qui ne sont pas protégées par des compresses et entre directement en contact avec les anses intestinales. » Un autre danger d'infection résulte de la durée souvent beaucoup plus longue de l'opération. C'est ainsi que Skutsch, Abel, Wiener, Green, Hans Thomas, ont vu l'opération se prolonger parfois fâcheusement, que M. le P[r] Bar a dû passer plus d'un quart

d'heure à se débarrasser des adhérences solides unissant la partie inférieure de la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale ; que Schultze mit plus de vingt-cinq minutes à décoller des adhérences multiples unissant l'épiploon, la vessie, le colon transverse (1).

Les adhérences utéro et pariéto-intestinales très rares aussi, sont les plus dangereuses, celle qui ont donné lieu au plus grand nombre d'accidents opératoires. Si l'on consulte les quelques statistiques que nous avons reproduites plus haut, on les trouve signalées par Schauta, Léopold, Küster, Brindeau Pisard et nous voyons, en regard, que leur libération a plusieurs fois amené des déchirures intestinales qui ont été fatales à l'opérée. En voici d'ailleurs quelques exemples :

MM. Voron et Texier ont rapporté le cas d'une opération itérative pratiquée trois ans après la première intervention où se fit une déchirure de l'intestin qui obligea, par suite de l'impossibilité dans laquelle ils se trouvèrent de réparer la brèche ainsi faite, à faire une résection de 20 cm. d'intestins avec mise à demeure d'un bouton anastomotique.

M. Brindeau a rapporté le cas d'une femme chez laquelle, lors d'une opération césarienne itérative il trouva l'intestin adhérent à la paroi. Il essaya de libérer l'anse insi fixée mais elle se déchira. Il dut alors reséquer 6 ou 7 cm d'intestins. Une autre anse

(1) Cités par Singer (*Thèse de Paris*, 1909.

adhérait à la paroi utérine qu'elle croisait en écharpe. Elle fut abandonnée, l'utérus ayant été suturé et incisé en dehors d'elle.

M. Trotta, dans une opération itérative faite quatre années après la première césarienne, vit une perforation intestinale survenir à la suite d'une tentative de libération d'une anse adhérente.

Hahn (*Zeutralblatt für gyn.*, 1909), dans une opération césarienne répétée une troisième fois, eut également une perforation intestinale en oblitérant une anse adhérente à l'utérus.

Peham (*Das üngen Becken*, 1908) fut obligé, dans les mêmes conditions, de reséquer une certaine longueur d'intestin grêle.

On pourrait multiplier les exemples. Citons encore ces cas, plus rares il est vrai, où des adhérences, peu gênantes au cours de l'opération, ont déterminé dans la suite des accidents divers pour lesquels une nouvelle intervention fut nécessaire.

Donc, en présence d'adhérences intestinales, on devra agir avec une extrême prudence, essayer de les libérer si cette manœuvre semble possible, sinon les respecter et recourir, si besoin est, à des incisions atypiques de l'utérus. En présence d'une déchirure intestinale, il faudra fermer la brèche et mieux vaudra, en général, réséquer la portion atteinte et pratiquer une entéro-anastomose.

Les adhérences libérées guériront-elles ? « Les « résultats immédiats sont excellents, les résultats « éloignés, dans la majorité des cas, ne laissent rien

« à désirer. » Nicaise et Mayo-Robson croient que les adhérences libérées au doigt ou sectionnées entre deux pinces guérissent d'une façon complète, mais Riedel fait des réserves à ce sujet. Il est avéré que parfois les adhérences peuvent se reproduire. Mayo-Robson prétend qu'il n'est pas difficile de prévenir cette reproduction des adhérences surtout quand celles-ci se sont formées entre des organes qui, dans des conditions normales, sont éloignés l'un de l'autre. Du reste, il est aujourd'hui bien reconnu que cette reproduction dépend de ce que, après la libération des adhérences, deux surfaces plus ou moins cruentées se trouvent en présence.

C'est donc en supprimat les surfaces cruentées que l'on évitera le plus souvent les adhérences possibles ultérieures et l'attouchement au thermocautère de la surface d'insertion des adhérences serait, pour Kaltersbone, le meilleur moyen d'en empêcher la reproduction.

Enfin, dit Violet, « lorsque la surface, qui résulte de cette libération ou d'une résection dans les cas d'adhérences très épaisses et très étroitement liées aux organes environnants, n'est pas trop dépéritonéisée on peut tout abandonner en l'état avec une parfaite hémostase, comptant sur la mobilisation indépendante des surfaces séparées pour prévenir la récidive. Dès que cette surface de libération est trop cimentée il vaut mieux réséquer plus ou moins l'étendue correspondante du péritoine pariétal si

cela est possible après mobilisation dans le plan sous-séreux » (1).

Incision de l'utérus. — Si la cicatrice utérine semble amincie, il sera prudent de faire la nouvelle incision un peu en dehors d'elle, en se gardant bien toutefois d'inciser trop près des pédicules vasculaires. Une abondante hémorragie serait, en effet, à craindre et pourrait nécessiter comme traitement l'hystérectomie, complication qu'il est préférable d'éviter.

Les autres temps de l'opération itérative ne présenteront pas, en général, grande difficulté. Signalons toutefois que le placenta peut être très adhérent à la cicatrice utérine et que dans un cas M. Brindeau ne put l'extraire qu'en l'effritant.

La suture utérine sera minutieusement faite, par un des procédés que nous avons indiqués. Certains opérateurs ont conseillé, lorsque la nouvelle incision utérine était distante de la première, de réséquer l'ancienne zône cicatricielle comme on le fait pour la peau dans la cure de l'éventration. Nous croyons que cette technique serait dangereuse si on laissait à l'utérus la possibilité de redevenir gravide. Elle devrait avoir pour complément indispensable la stérilisation de la femme.

Les suites opératoires seront sensiblement les mêmes qu'après une première césarienne. Peut-être le shock opératoire sera-t-il plus marqué encore, il

(1) Singer. *Thèse de Paris*, 1909.

n'y a là rien d'absolu. Peut-être aussi pourra-t-on observer une hémorragie tardive justiciable d'une injection sous-cutanée d'ergotine. Il faudra, enfin conseiller à la femme un repos au lit de trois semaines à un mois et le port ultérieur d'une ceinture abdominale.

CHAPITRE V

Peut-on répéter sur une même femme l'opération Césarienne

De l'ensemble des difficultés que nous avons signalées ou cours de l'intervention, on peut conclure que la césarienne itérative est plus difficile à pratiquer qu'une première césarienne. Mais, d'après les diverses statistiques, le pronostic de ces opérations répétées ne paraît guère plus sérieux et sauf les adhérences intestinales, très rares d'ailleurs, il ne faut pas se laisser impressionner par l'accumulation des difficultés énumérées dans notre étude, où nous avons envisagé les faits les plus typiques, mais aussi les moins fréquents. En pratique, si des adhérences diverses sont souvent constatées, l'opérateur, dans la très grande majorité des cas, pourra s'en débarrasser sans faire courir de grands dangers à ses opérés. Signalons même un cas de Fruhinsholz où des adhérences légères détruites au cours d'une seconde

césarienne n'ont pas été retrouvées lors d'une troisième opération.

Enfin, nous savons que sur les mêmes femmes on a pu pratiquer jusqu'à quatre et même cinq opérations césariennes. L'opération itérative doit logiquement tendre, par conséquent, à être conservatrice en vue d'une grossesse ultérieure.

Jusqu'à quel point devons-nous attribuer à cette opération la valeur d'une règle générale ? Voilà la très importante question qui se pose maintenant.

« Dans une première catégorie de faits, nous signalerons rapidement, car ils ne donnent lieu à aucune considération bien spéciale, les cas où l'ablation de l'utérus s'impose pour parer à une complication opératoire ou à une complication ultérieure. Nous retrouvons ici les mêmes considérations que pour la césarienne ordinaire ; l'hystérectomie peut être commandée par une hémorragie grave, par une rupture utérine, par des craintes d'infection possible de l'utérus.

Tout autres sont les cas où nous n'avons pas à envisager les complications immédiates, mais où nous avons à prévoir le danger de la grossesse suivante. Avons-nous le droit de laisser courir à la femme qui s'est confiée à nos soins les risques d'une grossesse qui peut mettre sa vie en danger ? A ce point de vue, deux éléments nous paraissent capitaux pour l'évaluation aussi exacte que possible de cette éventualité, ce sont : l'amincissement de la paroi utérine et les adhérences, surtout intestinales. »

Cette opinion, qui est celle de M. Garripuy et que nous avons tenu à exprimer dans son entier, est celle à laquelle nous nous rallions. Elle ne pose aucun principe, aucune règle absolue, comme l'ont proposé certains accoucheurs, qui demandaient la stérilisation systématique des femmes après deux césariennes, mais elle fait prévoir la possibilité de le faire à un moment où des dangers menaceraient la mère lors d'une nouvelle grossesse.

L'étude des statistiques, même les plus récentes (il suffira pour s'en convaincre de parcourir le tableau que nous avons publié plus haut), montre que tous les opérateurs ont cru devoir, au cours de leur pratique de la césarienne itérative, user de la stérilisation. C'est ce qui justifie en somme cette parole de M. Couvelaire : « La césarienne conservatrice ne peut donc, en toute certitude, sauvegarder la fonction qu'elle veut conserver. A plus ou moins brève échéance la section césarienne a pour corollaire obligé la stérilisation de la femme. »

On pourrait reprocher à ces paroles d'être trop absolues, puisqu'il y a des femmes qui ont pu subir trois, quatre et cinq césariennes, mais elles trouvent leur justification dans un très grand nombre de cas.

Quel procédé de stérilisation choisirons-nous ? Avec MM. Garripuy et Brindeau, nous pensons qu'en dehors des circonstances où l'hystérectomie s'impose par suite d'une hémorragie incoercible, d'une rupture utérine, des risques d'infection de l'organe, la section des trompes entre deux ligatures est le

procédé de choix. Il est plus aisé, laisse à la femme le bénéfice de la sécrétion ovarienne et, comme le fait très justement remarquer M. Garripuy, il est souvent « le seul possible dans un cas où, par exem-« ple, les adhérences intestinales solides ne peuvent « être libérées sans grand danger. L'utérus peut « être considéré ici comme une tumeur inopéra-« ble. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de notre Maître, M. le Pr Véron, et publiée par lui dans le « Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris.

Première intervention. — C..., 26 ans, primipare, entre en travail le jour même de son hospitalisation, à la Maternité de Rennes ; le 9 octobre 1905. Elle a eu ses dernières règles au début de janvier 1905, et la hauteur de l'utérus au-dessus du pubis est de 37 centimètres.

Le 10 octobre 1905, la parturition est peu avancée, les contractions utérines s'étant montrées depuis la veille faibles et espacées. Opération ce même jour à 10 h. 3/4 du matin. Anesthésie au chloroforme ; désinfection du champ opératoire ; injection sous-cutanée d'un milligramme d'Ergotinine Tanret. Incision de la paroi abdominale sur une longueur de 18 centimètres environ, dont les deux tiers au-dessus de l'ombilic.

L'utérus, préalablement ramené sur la ligne médiane, est incisé longitudinalement, le plus près possible de son fond. Le placenta est sectionné, chemin faisant, en même temps que la paroi antérieure de l'utérus, sur laquelle il

s'insère. Le fœtus saisi par les pieds est immédiatement extrait, cependant que l'aide procède à l'énucléation de l'utérus en dehors de l'abdomen. Le cordon sectionné, l'enfant crie aussitôt ; c'est un garçon de 2.970 grammes.

Ablation du placenta et des membranes ; ces dernières sont décollées au niveau du segment inférieur de l'utérus, grâce à quelques mouvements de torsion.

Suture de la plaie utérine à points séparés à l'aide de catgut n° 3. Un premier plan comprend toute l'épaisseur de la paroi, sauf la muqueuse. Un deuxième plan superficiel achève l'affrontement de la brèche utérine.

Le grand épiploon étalé au-devant de l'utérus, la paroi abdominale est suturée à 3 étages. Durée de l'intervention : 20 minutes.

Les suites opératoires sont excellentes. La température atteint une seule fois 38°, le soir du deuxième jour qui suit l'intervention et oscille ensuite constamment entre 36°8 et 37°3.

C... sort de la Maternité le 11 novembre 1905, soit un mois après son accouchement, son enfant pesant alors 3.370 grammes.

Opération césarienne iterative. — C..., enceinte pour la deuxième fois, est opérée avant tout début de travail, le 16 novembre 1908 ; elle est arrivée à cette époque au voisinage de son terme, les dernières règles pour la grossesse actuelle ayant eu lieu vers le 15 février 1908, et la hauteur de l'utérus au-dessus du pubis étant de 39 centimètres.

Après une injection d'un milligramme d'Ergotine, la paroi abdominale est incisée parallèlement à la cicatrice ancienne et un peu en dehors d'elle.

La cavité abdominale ouverte, on constate l'existence de quelques adhérences épiploïques et utéro-pariétales. Ces adhérences lâches peu développées sont facilement

dissociées et détachées au doigt ; une seule d'entre elles, plus résistante, est reséquée entre deux pinces.

La paroi antérieure de l'utérus est notablement amincie, mais il n'existe à son niveau aucune trace apparente de cicatrice consécutive à la première césarienne. L'utérus, ramené sur la ligne médiane, la cavité péritonéale protégée par des compresses stérilisées, on pratique sur la matrice, au voisinage de son fond, une incision verticale longue de 15 centimètres environ.

Les membranes de l'œuf fortement distendues par le liquide amniotique, font alors hernie par la brèche utérine et se rompent presque aussitôt, donnant issue à un litre au moins de liquide de coloration normale.

L'enfant est extrait par les pieds ; le cordon qui forme une circulaire autour du cou est sectionné, extériorisation de l'utérus ; délivrance, décollement manuel du placenta inséré au fond de l'utérus, décollement des membranes par torsion. Tamponnement momentané de la cavité utérine à l'aide d'une compresse stérilisée et suture de l'utérus au catgut n° 3 ; deux plans de points séparés, disposés d'une façon analogue aux sutures pratiquées lors de la première opération. Pas d'hémorrhagie appréciable.

Toilette du péritoine, 2 ligatures au catgut sur la bride utéro-pariétale sectionnée entre deux pinces au cours de l'intervention. Ligature des 2 trompes de Fallope.

La paroi abdominale est suturée à deux étages ; un seul surjet au catgut sur les plans péritonéal et aponévrotique, tous les deux intimement fusionnés ; Crins de Florence et agrafes de Michel sur les téguments cutanés.

Durée de l'opération : 25 minutes. L'enfant, une fille de 2.370 grammes n'a pas eu besoin d'être ranimé.

Suites opératoires simples ; température constamment normale ; ablation des agrafes métalliques et des Crins de Florence le 12e jour. Réunion par première intention. L'opérée se lève le 26e jour, et sort de la Maternité le 28e

jour après l'intervention. Son enfant, soumis comme le premier, à l'allaitement mixte, pèse 3.740 grammes, jouit d'une bonne santé, et paraît en excellente voie de développement.

Réflexions. — L'exécution de la césarienne iterative n'a pas présenté de difficultés spéciales, résultant de quelques modifications anatomiques entraînées par la première intervention. Les adhérences épiphoïques et utéro-pariétales rencontrées à l'ouverture de la cavité abdominale étaient peu nombreuses, faiblement résistantes ; elles ont été facilement détachées au doigt ou sectionnées entre deux pinces.

L'absence de drainage abdominal lors de la première césarienne, les suites de cette dernière, indemnes de toute complication, peuvent expliquer le peu de développement des adhérences post-opératoires. La plaie utérine a pu être suturée à 2 étages, malgré l'amincissement assez prononcé de la paroi de la matrice.

Quant à la paroi abdominale, la fusion cicatricielle des plans péritonéal et aponévrotique, les a fait réunir dans un même surjet.

La durée totale de l'intervention n'a pas été augmentée d'une façon appréciable par le traitement des adhérences. 25 minutes au lieu de 20, lors de la première césarienne. En raison de l'amincissement notable de la paroi utérine, nous avons stérilisé la femme par ligature des 2 trompes de Fallope.

L'opération césarienne itérative a été pratiquée vers la fin présumée de la grossesse, avant le début du travail. La hauteur de l'utérus au-desus du pubis était alors de 39 centimètres et la surdistension de la matrice rendait légitime la crainte d'une rupture si l'expectation était prolongée.

Nous sommes d'ailleurs profondément convaincus que les conditions chirurgicales sont meilleures quand on

opère avant l'apparition des contractions utérines du travail. L'expérience nous l'a démontré.

OBSERVATION II

Inédite, recueillie dans le service de M. Véron

R... primipare, entre à la Maternité de Rennes, le 4 janvier 1906. La date de ses dernières règles serait du 24 au 28 avril 1905. Donc grossesse de 8 mois environ. La hauteur de l'utérus est, à l'entrée de la femme dans le service, de 28 centimètres et déjà le palper mensurateur indique une disproportion très nette entre le volume de la tête et le détroit supérieur du bassin. On constate un léger œdème des membres inférieurs, et l'examen des urines indique une albuminurie notable (dosage effectué au tube d'Esbach, 0 gr. 60 environ) par litre.

Il était nécessaire de procéder aux mensurations externes et internes du bassin de cette femme. Voici les résultats donnés par ces mesures :

Diamètres extérieurs : Bis-illiaque antérieur, 25 centimètres 5 ; bi-crête, 26 centimètres.

Diamètre promonto-sous-pubien, 9 centimètres 7.

La colonne vertébrale présente une scoliose à convexité à gauche avec un sommet correspondant à la dixième dorsale ; aplatissement très apparent[e] de la hanche du côté gauche ainsi que de la fesse du même côté. Abaissement du pli sous-fessier gauche.

La radiographie pratiquée pendant la convalescence opératoire de la femme démontra très manifestement l'asymétrie pelvienne. Ce bassin était un bassin canaliculé asymétrique à type oblique ovalaire. La femme présentait par ailleurs d'autres stigmates de rachitisme ; elle avait une taille petite, 1 m. 28, des bosses frontales très saillantes, un chapelet chondro-sternal.

Dans l'après-midi du 22 janvier 1906, la femme ressent quelques coliques mais elle ne s'en préoccupe pas et n'en fait part à personne. Ce n'est que dans la nuit du 22 au 23 que, les douleurs s'accentuant, elle comprend qu'elle entre en travail, et avertit alors le personnel de la Maternité. Elle descend à la salle de travail à 6 heures du matin, presque aussitôt la poche des eaux se rompt.

Le toucher vaginal, pratiqué quelques instants après, montre un col perméable et une dilataton d'un franc environ. Le travail continue, les contractions utérines reviennent toutes les dix minutes environ. La tête n'a guère de tendance à s'engager et cette constatation, jointe à celles déjà faites au sujet du bassin et de l'état physique de la femme, décide le docteur Véron à pratiquer, sans plus attendre, une opération césarienne. Aidé du docteur Marquis, à 10 heures du matin, il intervient. Voici quelles furent les différentes phases de l'opération :

1° Désinfection rigoureuse des téguments (savon, alcool, sublimé, teinture d'iode) ;

2° Injection sous-cutanée préalable de 1 centimètre cube d'ergotinine Tanret ;

3° Incision de la paroi abdominale. On fait une section de la peau au bistouri intéressant la région médiane sus et sous ombilicale, d'une longueur de 18 à 20 centimètres environ, la partie sous-ombilicale étant la moins longue, incision du plan sous-cutané musculo-aponévrotique.

L'utérus apparaît on l'entoure de compresses abbominales ;

4° Incision de l'utérus sur la ligne médiane sur une longueur de 10 centimètres environ, incision très rapprochée du fond de la matrice ;

5° L'enfant est rapidement sorti de l'utérus, on peut saisir un pied et terminer l'extraction en ébauchant pour la tête une sorte de manœuvre de Mauriceau. L'enfant, un garçon du poids de 3 kilogs 160 grammes est remis à la sage-femme présente. Il crie et s'agite aussitôt ;

6° On termine l'extraction des annexes. A ce moment, survient une petite complication : les membranes étant très adhérentes au segment inférieur, le placenta est extrait découronné. On achève le décollement des membranes avec le plus grand soin, pendant que l'aide comprime les pédicules vasculaires. D'ailleurs, l'hémorragie est des plus normales et ne dépasse pas celle qui accompagne un accouchement ordinaire ;

7° L'utérus, suturé au catgut n° 3 sur deux plans, est rentré dans la cavité abdominale ;

8° La paroi abdominale est réunie sur trois plans : péritonéal, aponévrotique et cutané.

Les suites opératoires sont excellentes. Deux heures après l'opération la femme présente un vomissement. Dans la soirée, une miction spontanée.

La température est, ce premier soir, de 37° 4 ; le pouls, à 90.

Le thermomètre indique, le lendemain, également 37 degrés 4 et, dans la suite, ne dépasse pas 37. Les fils de suture sont enlevés le 5 février, la cicatrice cutanée est en parfait état. Ce jour, la femme qui avait présenté de l'albumine au cours de sa grossesse, n'en offre plus trace et elle quitte la Maternité le 24 février 1906, moins d'un mois après son opération, en parfaite santé. Son enfant pesait 3 kilogs 800. On lui remet une ceinture abdominale dont on lui conseille le port pendant plusieurs mois.

Opération itérative. — Redevenue enceinte, nous la

revoyons, à la Maternité de Rennes, le 4 octobre 1910, c'est-à-dire 4 ans après. Elle est alors grosse de 8 mois environ. Les renseignements qu'elle fournit, joints aux signes classiques : hauteur de l'utérus, volume de l'enfant, indiquent comme terme probable de sa grossesse les premiers jours de novembre 1910. La malade est mise en observation ; bien préparée vers cette époque par de grands bains fréquents et des toilettes vulvaires répétées, à subir la nouvelle opération que réclame son état.

Elle est opérée le 8 novembre 1910, à 8 heures du matin, par MM. Véron et Marquis. La cicatrice cutanée est bonne ; il n'y a pas de trace d'éventration, la nouvelle incision de la peau est alors faite à son niveau. Après section du plan musculo-aponévrotique, on est gêné par les adhérences nombreuses et très résistantes qui unissent l'épiploon à l'utérus et à la paroi. Il faut, pour atteindre la face antérieure de la matrice, en libérer certaines au doigt, en sectionner d'autres, plus vasculaires, entre deux pinces.

On peut voir alors l'ancienne cicatrice utérine de la première section césarienne très apparente mais semblant peu amincie. On incise la paroi utérine un peu à gauche de l'ancienne cicatrice. On protège les régions voisines avec des compresses (à noter qu'on ne peut énucléer l'utérus, étant donnée la résistance opposée par les adhérences) ; la poche des eaux est intacte ; l'enfant est extrait facilement, comme pour la première opération, et la délivrance artificielle s'effectue également sans difficultés. Il n'y avait pas d'adhérence intime entre le placenta et la vieille cicatrice utérine malgré son insertion sur la face antérieure de l'utérus. On fait les sutures toujours au catgut n° 3 ; sutures de l'utérus à deux étages, sutures de la paroi abdominale sur trois plans (péritoine, aponévrose, peau). On a, au préalable, posé des ligatures au catgut sur les adhérences sectionnées. Craignant pour la

femme les conséquences d'une nouvelle grossesse dans un utérus présentant maintenant deux points faibles, et, de plus, tiraillé par de nombreuses adhérences, on fait une section des trompes entre deux ligatures.

A noter que malgré le siège latéral de l'incision utérine, l'hémorragie a été peu abondante. On a effectué d'ailleurs, au début de l'opération une injection d'un centimètre cube d'ergotinine Tanret.

Suites opératoires : Miction spontanée le jour même de l'intervention ; léger écoulement lochial, pas de vomissements ; la température du premier soir est de 37°, le pouls bat à 90 pulsations à la minute. Le lendemain, l'état semble s'aggraver, pouls rapide : 120 ; température axillaire prise à cinq heures du soir : 38 ; facies péritonéal, urines foncées et rares. On pratique une injection sous-cutanée de caféine, une autre d'huile camphrée. L'état de la malade va s'améliorant, le pouls reste pendant quelques jours un peu rapide, mais la température ne dépasse pas 37.

On enlève les crins de Florence le 14 novembre, réunion parfaite par première intention des deux lèvres de la plaie cutanée. La malade quitte la Maternité le 1er décembre, 27 jours après l'opération. Son enfant, un garçon, du poids de 3 kilogs à sa naissance, pèse à sa sortie 3 kilogs 300.

Remarques. — 1° Si pour la première césarienne on avait laissé le travail s'accomplir pour bien s'assurer de l'impossibilité de l'accouchement normal, pour l'opération itérative on a préféré opérer à l'époque la plus rapprochée du terme présumé de la grossesse, mais avant tout début du travail ;

2° L'opération itérative fut plus longue que la première opération : quarante-trois minutes au lieu de trente-cinq. Elle fut compliquée par le fait d'adhérences utéro-épiploïques et pariéto-épiploïques ;

3° L'ancienne cicatrice utérine était visible et légère-

ment amincie, on dut faire la nouvelle incision à sa gauche ;

4° Par crainte d'incidents possibles, lors d'une troisième grossesse, la femme fut stérilisée lors de l'opération itérative par section des deux trompes entre deux ligatures ;

5° Les suites opératoires furent compliquées d'un peu de shok opératoire, qui se manifesta le jour qui suivit l'opération itérative ; ce ne fut d'ailleurs qu'une simple alerte ;

6° Enfin l'enfant né de la seconde grossesse pesait 3 kilogs (son aîné pesait 3 kilogs 160), quoique légèrement prématuré, il a pu se développer normalement dans la suite, ainsi que nous l'apprit une lettre de sa mère écrite un an plus tard.

OBSERVATION III

Inédite, recueillie à la Maternité de Rennes dans le service de M. Véron

---

L..., 28 ans, II pare. La première grossesse est survenue dans le courant de l'année 1901. La femme est envoyée à la Maternité de Rennes, le 12 février 1901 en plein travail et subit une basiotripsie : le rétrécissement du bassin ne permettant pas le passage spontané du fœtus mort depuis la veille.

Elle redevient enceinte en 1906 et nous l'examinons le 6 mars de cette même année à la Maternité de Rennes où

elle est entrée pour faire ses couches. Elle est alors parvenue aux environs du terme de sa gestation. C'est une femme de taille petite (1 m. 29), présentant de nombreux stigmates de rachitisme : front olympien, voûte palatine ogivale, prognathisme de la mâchoire inférieure, épiphyses volumineuses. Son bassin est un bassin rachitique, canaliculé, dont le diamètre promonto sous-pubien mesure 9 cent. 1. M. le Pr Véron décide, devant la disproportion marquée entre la tête de l'enfant et le bassin de la femme, indiquée par le palper mensurateur, de pratiquer chez elle une opération césarienne. On la prépare dès ce moment pas des bains chauds savonneux et des irrigations vaginales fréquentes. Le 13 mars 1906, il semble, d'après les renseignements fournis par la femme et les signes constatés, qu'elle doit arriver à la fin de sa grossesse. M. Véron, aidé du docteur Marquis, pratique une césarotomie.

1° Anesthésie chloroformique. Désinfection minutieuse du champ opératoire au savon, alcool, antiseptiques usuels et teinture d'iode ;

2° Avant l'incision de la paroi, on pratique une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'ergotinine Tanret ;

3° La paroi est sectionnée sur une longueur de 15 à 18 centimètres, dont les deux tiers environ au-dessus de l'ombilic ;

4° On incise l'utérus *in situ*, sur une étendue de 10 cent. environ en s'efforçant de ne pas atteindre le segment inférieur. Malgré cette précaution, il se produit une hémorrhagie assez abondante ;

5° Le placenta est inséré sur la paroi antérieure de l'utérus, aussi a-t-il contribué à alimenter l'hémorrhagie ;

6° Extraction immédiate de l'enfant en saisissant d'abord un pied puis un second et en ébauchant une sorte de manœuvre de Mauriceau pour le passage de la tête dernière ;

7° La délivrance est faite avec soin ; les membranes saisies avec une pince sont tordues et détachées à l'aide de compresses abdominales, pendant que l'aide comprime les pédicules vasculaires ;

8° La suture utérine est faite au catgut par points séparés et suivant deux plans, l'un profond, l'autre superficiel. Le premier comprend toute l'épaisseur des tuniques utérines sauf la muqueuse ; le second est une suture séro-séreuse qui complète l'affrontement ;

9° Pour la paroi abdominale, nous employons trois plans de suture : deux au catgut (pour le péritoine et l'aponévrose), un pour la peau aux crins de Florence.

L'opération a duré 30 minutes. L'enfant, une fille, du poids de 3 kilogs 550 grammes, n'a pas eu besoin d'être ranimée.

Suites opératoires. — Après l'opération, pas de vomissements ; la malade se réveille et le pouls est bien frappé. Le soir, la température monte à 38 degrés. Le pouls bat à 100. La malade a une miction spontanée. Les jours suivants sont marqués par des élévations thermiques et de la rapidité du pouls, signes évidents d'infection. Jusqu'au 26, c'est-à-dire pendant 13 jours, la température vespérale se maintient entre 38 degrés et 40 degrés, tandis que la température matinale oscille entre 37 et 38° 5. On met en œuvre toutes les médications appropriées : sérum artificiel, collargol, huile camphrée.

Le 26, on enlève les crins de Florence, la cicatrice cutanée est en grande partie parfaite, mais à l'extrémité inférieure existe une solution de continuité, un orifice laissant sourdre du pus. Par cet orifice on peut extraire la totalité du surget au catgut qui réunissait les deux lèvres de la section aponévrotique. On introduit dans la plaie deux petits drains.

L'infection avec température oscillant le soir entre 40 et 38°, le matin entre 37 et 38° 5 persiste encore longtemps ;

l'état de la malade est franchement mauvais. On ne remonte le cœur défaillant qu'à force de toni-cardiaque ; chaque soir elle reçoit une injection sous-cutanée de 250 grammes de sérum artificiel.

Elle présente une diarrhée séreuse avec selles très abondantes, des vomissements, des tendances à la syncope.

Cependant vers le 20 avril on constate une amélioration très nette qui va s'accentuant. On peut reprendre timidement une alimentation composée d'œufs et de laitages. La diarrhée diminue. Localement la suppuration se tarit et notre malade quitte la maternité le 2 juin 1906. Son enfant pèse alors 5 kilogrammes.

Opération itérative. — Cette femme redevient enceinte en 1909 et ne vient consulter le docteur Véron à la maternité de Rennes que le 2 août 1910, alors que déjà elle ressentait des douleurs qui, à n'en pas douter, étaient des contractions utérines inhérentes au travail de la parturition, la poche des eaux est encore intacte, les bruits du cœur de l'enfant bons. On pratique séance tenante une opération césarienne.

On intervient donc le 2 août 1910 à 9 heures du soir.

Après désinfection rigoureuse suivant la méthode habituelle, anesthésie chloroformique et injection préalable d'un centimètre cube d'ergotinine Tanret, on incise la peau à un centimètre à droite de la cicatrice cutanée ancienne. La femme présente en effet une éventration.

A l'ouverture de la cavité abdominale, nous trouvons le grand épiploon très adhérent à la paroi et à l'utérus. Celui-ci est d'ailleurs fortement dévié à droite.

Les adhérences sont décollées facilement au doigt, l'utérus ramené aisément sur la ligne médiane et alors on aperçoit l'ancienne cicatrice utérine parfaitement visible mais semblant à peine amincie. On incise l'utérus sur une longueur de 12 centimètres environ au niveau de l'ancienne section, le placenta est inséré sur la face antérieure.

On le décolle tout en continuant l'incision qui a été pratiquée aussi près que possible du fond de l'utérus et le fœtus est extrait. Il est saisi par les pieds ; pour la tête on fait une ébauche de maneuvre de Mauriceau et l'enfant est confié à un assistant.

Puis, extériorisant l'utérus bien protégé par des compresses, on procède à la délivrance artificielle. Les annexes sont très adhérentes au niveau du segment inférieur et l'opération est pénible. Mais l'hémorrhagie est peu abondante.

Suture de la brèche utérine sur deux plans suivant la technique habituelle : points séparés au catgut n° 3, comprenant toute l'épaisseur de la tunique utérine sauf la muqueuse, puis affrontement séro-séreux complémentaire.

Le péritoine est suturé au catgut. Le plan aponévrotique est rétabli également au moyen d'un surjet au catgut.

Pour la peau, on procède à une résection de la cicatrice ancienne et les deux lèvres nouvelles sont réunies par des points séparés au crin de Florence et des agrafes de Michel.

Les suites opératoires ont été excellentes, la température n'a pas dépassé 37°, le pouls 80 et un mois après la femme quitte la Maternité de Rennes complètement rétablie avec un enfant qui a normalement progressé du poids de 3 kilos 825 à 4 kilos 800.

Réflexions. — Cette observation est tout particulièrement intéressante et instructive. Le fait capital est la septicémie puerpérale qui survint le lendemain de sa première opération, qui pendant un mois et demi de soins les plus actifs tint la femme dans un état grave, presque désespéré. Le corps du délit était le catgut sans doute insuffisamment stérile.

Eh bien, malgré cette septicémie, malgré cette élimination en totalité des surjets qui unissaient les deux lèvres

des plans aponévrotiques et péritonéal, qu'avons-nous trouvé à l'opération itérative ? Une éventration et quelques adhérences facilement décollables. N'est-ce pas l'occasion de dire ici avec M. Couvelaire qu'on ne saurait prévoir les complications lointaines des césariennes.

Nous voulons faire remarquer encore que cette femme opérée la première fois, avant tout début du travail, est accouchée d'un enfant pesant 3 kilos 500, combien peu prématuré par conséquent ! La seconde césarienne fut faite en plein travail mais avant la rupture des membranes et les suites de couches furent excellentes.

OBSERVATION IV

Inédite, recueillie à la maternité de Rennes

G.... Marie-Rose, 32 ans et demi, mendiante, entre à la Maternité de Rennes le 7 septembre 1903, enceinte pour la première fois, est arrivée au 8e mois environ de sa grossesse. Cette femme de petite taille (1 m. 28) présente de nombreux stigmates de rachitisme. Les membres inférieurs décrivent dans leur ensemble une parenthèse : les fémurs présentant une forte incurvation antéro-externe, les tibias une courbure postéro-externe. Son bassin est le bassin classique des rachitiques, bassin aplati avec un promonto sous-pubien de 9,4. Chez cette femme on prévoit la nécessité de faire une opération césarienne et dès le début d'octobre on l'y prépare par des bains savonneux et des irrigations vaginales répétées.

Elle entre en travail le 15 octobre à minuit, les contractions utérines vont en augmentant jusqu'à six heures le lendemain matin. On reconnaît par le palper une présentation du siège.

A neuf heures, le toucher vaginal, pratiqué par le Dr Véron, montre un col utérin en voie d'effacement. A dix heures, rupture de la poche des eaux. Le pôle fœtal inférieur n'a aucune tendance à s'engager. Le Dr Véron croit qu'il est opportun d'intervenir. A onze heures donc, après anesthésie au chloroforme et désinfection minutieuse de la peau (savon, alcool, antiseptiques habituels, teinture d'iode), incision de la paroi abdominale au niveau des régions sus et sous-ombilicales, la majeure partie de la section étant sus-ombilicale, en même temps on pratique une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'ergotinine Tanret.

Lorsque le globe utérin apparaît, il est isolé par des champs opératoires et on l'incise sur une longueur de dix centimètres environ. Chemin faisant, on trouve le placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus, il est sectionné en même temps que celle-ci. Le fœtus est extrait sans aucune difficulté et la délivrance s'effectue aussi facilement. On peut remarquer alors que les membranes sont verdâtres, que l'enfant a souffert ; il faut d'ailleurs le ranimer.

Tamponnement de la cavité utérine à l'aide de compresses stériles. L'hémorrhagie est très peu abondante. Suture de l'utérus sur deux plans, comme de coutume au moyen de catgut n° 3, à points séparés.

Suture du péritoine et du plan aponévrotique à l'aide de deux surjets au catgut n° 3. Suture de la peau au crin de Florence.

Les suites opératoires sont bonnes, la température ne dépasse pas 37°4 et le pouls 90.

La femme quitte la Maternité de Rennes le 5 décembre 1903. Son enfant qui pesait à la naissance 2 kilos 850 pèse

maintenant 3 kilos 650. Il a continué à se développer normalement et huit ans après, la femme revenant à la Maternité de Rennes, nous assurait qu'il était en parfaite santé.

Opération iértative. — G... redevient enceinte dans le courant de l'année 1911 mais n'entre à la Maternité de Rennes que le 27 octobre 1911 en plein travail, avec poche des eaux rompue. Les bruits du cœur du fœtus sont ralentis. M. le Dr Véron sans plus attendre, décide d'intervenir. Il pratique, aidé de M. le Dr Marquis, une nouvelle opération césarienne.

La cicatrice cutanée ancienne est normale et saine, on fait la nouvelle incision à son niveau.

Le plan aponévrotique est facilement incisé mais quand on fait la section du péritoine on est gêné par de nombreuses adhérences qui le relient à l'utérus. Celui-ci est dévié à droite, tordu sur son axe.

Les adhérences sont décollées au doigt, quelques-unes plus épaisses et plus vasculaires sont sectionnées entre deux pinces. On peut alors ramener l'utérus sur la ligne médiane et l'inciser au niveau de l'ancienne cicatrice.

Le placenta est cette fois inséré sur la paroi postérieure de l'utérus. L'hémorrhagie qui résulte de son décollement est assez faible. On a d'ailleurs, comme de coutume, pratiqué une injection préalable d'un centimètre cube d'ergotinine Tanret.

L'extraction de l'enfant est facile, il naît en état de mort apparente, les annexes ont une teinte verdâtre, le fœtus a évidemment souffert in utero. Il est ranimé par les soins de la sage-femme. La délivrance achevée on referme l'utérus au moyen de deux plans de suture, la région cicatricielle est notablement amincie. On fait enfin la toilette du péritoine et des adhérences vasculaires sur lesquelles on pose une ligature au catgut et craignant qu'une nouvelle grossesse évoluant dans cet utérus aminci ne fasse courir

à la mère de graves dangers, on procède à la section des trompes entre deux ligatures.

Les suites opératoires sont bonnes, la température, le lendemain, monte à 37°9, le pouls à 100 pulsations, mais bientôt tout rentre dans l'ordre. Malheureuseent l'enfant meurt dix jours après et l'autopsie montre des lésions de broncho-pneumonie disséminés. La mère quitta le service un mois après son opération complètement rétablie.

Réflexions. — Nous aurions voulu, suivant la pratique en usage à la Maternité de Rennes et qui est aussi celle de M. le professeur Bar, opérer cette femme lors de sa seconde césarienne, avant tout début de travail. Mais ici ce fut impossible, quand elle arriva dans le service, la poche des eaux était rompue, l'enfant avait déjà souffert. C'est vraisemblablement à cette cause qu'il faut attribuer sa mort.

La région de l'utérus voisine de la cicatrice était notablement amincie, ce qui justifia la stérilisation de la femme.

Enfin, quoique assez étendues les adhérences n'ont pas été une grande gêne opératoire, la seconde opération fut un peu plus longue que la première et le shock opératoire plus marqué aussi.

Conclusions

1°) Chez une femme, ayant subi une opération césarienne conservatrice, la règle est de voir évoluer une nouvelle grossesse sans complications pour la mère ou pour l'enfant.

2°) Dans la très grande majorité des cas, cette nouvelle grossesse nécessitera, à son terme, une nouvelle opération césarienne qui ne présentera pas, en général, plus de difficultés qu'une première intervention.

3°) Exceptionnellement, des complications pourront contrarier l'évolution normale de cette nouvelle gestation ou rendre atypique l'opération césarienne itérative.

4°) Parmi ces complications, les deux principales sont les adhérences de l'utérus aux régions et organes voisins et l'amincissement de la cicatrice utérine pouvant aller jusqu'à la rupture.

5°) Les adhérences, cause parfois de crises dou-

loureuses, ont été rendues responsables d'avortements et d'accouchements prématurés. Lors d'une opération itérative elles peuvent : prolonger l'opération, gêner l'accès et l'extériorisation de l'utérus, obliger à des incisions atypiques de la matrice, parfois même amener des déchirures de l'intestin.

6°) La rupture de l'utérus, au niveau de la cicatrice, est un accident rare mais d'un pronostic grave. Elle se voit surtout à la fin de la grossesse, principalement quand il y a surdistension utérine, et au moment du travail, quand apparaissent les contractions utérines.

7°) Ces deux complications sont sous la dépendance de nombreux facteurs, parmi lesquels il faut mettre au premier plan l'infection opératoire même légère.

8°) Aussi ne doit-on réserver l'opération césarienne conservatrice qu'aux seuls « cas purs », à ceux qui ne présentent aucune trace d'infection préalable.

9°) Il sera prudent de pratiquer l'opération césarienne itérative avant tout début du travail, à l'époque la plus rapprochée possible du terme présumé de la grossesse.

10°) Lorsqu'au cours d'une opération itérative la multiplicité et la résistance des adhérences, l'amin-

cissement prononcé de la cicatrice utérine feront craindre des complications graves pour une grossesse ultérieure, l'opérateur sera autorisé à stériliser la femme, en sectionnant les trompes entre deux ligatures.

Vu, le Président de Thèse :

PAUL BAR.

Vu, le Doyen :

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Université de Paris :

LIARD.

Bibliographie

ADENOT. — (*Lyon Médical*, t. CVIII, 6 janvier 1907, n° 1, page 16). Présentation par M. Alamartine de l'utérus d'une femme ayant subi dix ans auparavant l'opération césarienne (suture interstitielle au catgut chromique, suture séro-musculaire av catgut ordinaire).

BAR. — *De l'opération césarienne.* (*Semaine Médicale*, 2 février 1887, n° 7, p. 38).

— « Leçons de pathologie obstétricale ». Paris, Asselin et Houzeau, éd., 1900).

BOQUEL. — *In thèse de Guillet.* « L'opération césarienne d'urgence » (Paris 1904).

— « La pratique de la dystocie » (Paris, O. Doin, éd., 1908).

— L'accouchement spontané chez les femmes qui ont subi l'opération césarienne. (*Société obstétricale de France*, 1908, C. R., p. 178).

BRINDEAU. — Des difficultés de l'opération césarienne répétée chez la même femme. (*L'Obstétrique*, janvier 1909, p. 36).

BUÉ. — Les dangers des sutures utérines au catgut dans l'opération césarienne. (*Société Obstétricale de France*, 1908, C. R., p. 164).

COUVELAIRE. — Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne survenue à la fin d'une grossesse compliquée d'hydramnios. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 2e série, t. III, mars 1906, p. 148).

— Procédence du cordon et viciations pelviennes. Indications de l'opération césarienne. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 2e série, t. VI, janvier 1909).

— Rapport à la Société obstétricale de France. Considérations sur la technique de l'opération césarienne conservatrice. (*Annales de gyn. et d'obst.*, 1909).

Demelin. — Six opérations césariennes, en cas de rétrécissement du bassin. (*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de pédiatrie de Paris*, juin 1908).

Doléris. — Moment et technique de l'opération césarienne conservatrice (césarienne primitive aseptique). (*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, juin 1909).

Fabre. — Pièces provenant de l'autopsie d'une malade opérée un an auparavant et morte de tuberculose pulmonaire, persistance des fils de soie dans la cicatrice d'une opération césarienne. (*Lyon Médical*, t CVIII, 13 janvier 1907, n° 2, p. 45).

Fournier. — Réflexions sur 32 cas d'opération césarienne. (*Société d'Obstétrique de Paris*, 19 avril 1906).

Fruhinsholtz. — De l'opération césarienne répétée chez la même femme. Adhérences utéro-pariétales et pronostic fœtal. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 2e série, t. III, mars 1906, p. 135).

Fruhinsholtz et Michel. — Opération de Porro chez une femme achondroplasique césarotomisée pour la quatrième fois (Service du professeur A. Hergott). (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 2e série, t. IV, janvier 1907, p. 23).

Garipuy. — L'opération césarienne itérative (*Presse Médicale*, 21 juillet 1909, n° 58).

A. Herrgott. — Récidive d'opération césarienne chez une achondroplasique. (*Société d'Obstétrique de France*, 1902, et *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. LVIII, août 1902, p. 95).

— Du nanisme au point de vue obstétrical. — Achondroplasie familiale. — Opérations césariennes. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 2e série, t. III, janvier 1906, p. 1).

Hergott. — Considérations sur les sutures dans l'opération césarienne (*Annales de gyn. et d'obst.*).

Jeannin. — Les méthodes atypiques. (*Annales de gyn. et d'obst.*, 1909).

KERR — Certains details regarding the operation of cesarean section in cases of contracted pelvis, based upon a series of thirty cases. (*Transaction of the Obstetrical Society of London*, 1905, vol. XLVI, p. 309).

KUSTNER. — Kaiserschnitt. Kückblicke und Ausblicke. (*Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynâkologie*, t. LXIII, p. 407).

LEOPOLD. — Beitrag zur sectio cæserea auf Grund von 229 Fâlle (*Archiv. f. Gynaekologie*, Bd LXXXI, p. 701).

LEPAGE. — Opération césarienne couservatrice chez une femme à terme. — Hémorragie par désuniont otale de la paroi utérine. — Opération de Porro pratiquée 24 heures après l'opération césarienne. — Guérison. (*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, 15 octobre 1906).

— De l'opération césarienne tardive. (*Bulletin médical*, 29 mai 1907).

MARIOTON. — Le pronostic éloigné de l'opération césarienne classique. (*Archives mensuelles de gyn. et d'obst.*, 1909).

MOUCHOTTE — Remarques concernant une série de quatorze opérations césariennes conservatrices. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 2e série, t. V, novembre 1908, p. 663).

OLSHAUSEN. — De l'opération césarienne et de ses indications dans les retrécissements du bassin. (Congrès international de Moscou, août 1897. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, novembre 1897, p. 377).

OUI. — Opération césarienne itérative suivie d'hystérectomie. (*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, 10 février 1908).

POTOCKI. — De l'opération césarienne. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. XXV, mars, avril, mai, juin 1886).

— L'opération césarienne. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. XXXII, décembre 1889, p. 428, et t. XXXIII, février et mars 1890).

— Opération césarienne pour rupture imminente de l'utérus. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 2e série, t. III, 1906, p. 261).

PINARD. — Fonctionnement de la maison d'accouchement Baudelocque dirigée par le professeur Pinard, rédigé par Lepage et Mouchotte. (*Publication annuelle*, Paris, G. Steinheil, édit.).

— Thérapeutique de la dystocie causée par viciation pelvienne à la clinique Baudelocque (1889-1907). (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1907, 2e série, t. IV, ceptembre, p. 513.

SCHAUTA en DEUMANN. — Die Sectio caesorea an der Klinik Schauta. (*Archiv. f. gynaekologie*, 1906, t. LXXIX, p. 1).

SINGER. — Des cicatrices césariennes abdominales classiques. (*Thèse de Paris*, 1909).

VASSEUR. — Qu'advient-il d'un utérus gravide qui a déjà subi l'opération césarienne. (*Thèse de Lille*, 1908, n° 21).

VORON et TIXIER. — Opération césarienne itérative pratiquée trois ans après la première intervention. — Présentation de la mère et de ses deux enfants vivants. (*Lyon Médical*, t. CVIII, 31 mars 1907, p. 628).

ZWEIFEL in ABEL. — Vergleich der Dauererfolge nach Symphyseotomie und Sectio caesarea. — (*Archiv. für Gynâkologie*, t. LVIII. p. 339).